Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentlich in Nummern von mindestens 2 Bogen. Preis vierteljährig 5 ℳ, praenumerando zahlbar. Einzelne Nummer 60 ₰.

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction Karlstrasse 46. — Für Abonnement an J. F. Lehmann, Landwehrstr. 12. — Für Inserate und Beilagen an Rudolf Mosse, Promenadeplatz 16.

MÜNCHENER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

O. Bollinger, München. C. Gerhardt, Berlin. W. v. Heineke, Erlangen. G. Merkel, Nürnberg. J. Michel, Würzburg. H. v. Ranke, München. M. v. Schleiss, München. F. v. Winckel, München. H. v. Ziemssen, München.

№ 14. 3. April 1894. Redacteur: Dr. B. Spatz, Karlstrasse 46. Verlag: J. F. Lehmann, Landwehrstr. 12. 41. Jahrgang.

Originalien.

Aetiologische Beziehungen der Syphilis.*)

Von *Robert Schütz* in Mannheim.

Seit kurzer Zeit erst tritt die Anschauung bestimmter hervor, dass die Wirkungen der Syphilis sich nicht auf die zahllosen Erscheinungen der drei „Perioden“ beschränken, sondern dass gewisse Krankheiten, die vordem eine unabhängige Stellung einzunehmen schienen, in einem Theil der Fälle wahrscheinlich auf Syphilis zurückzuführen sind. Man geht heute noch einen Schritt weiter und bezeichnet einzelne Leiden, speciell des Centralnervensystems, geradezu als Folgekrankheiten der Syphilis.

Allein auch die Anhänger einer ausschliesslich luetischen Tabes und Paralyse haben es noch nicht über Vermuthungen hinausgebracht der Frage gegenüber, auf welche Weise — durch was für Wirkungen und Producte des syphilitischen Giftes — diese Erkrankungen zu Stande kommen.

Auch die vorliegende Abhandlung wird diesen Punkt unberücksichtigt lassen, vielmehr unter Benutzung eines grossen Krankenmaterials mit der Untersuchung darüber sich beschäftigen, bei welchen Krankheiten überhaupt ein Zusammenhang mit Syphilis nachweisbar oder anzunehmen ist.

Das Material zu meiner Arbeit verdanke ich Herrn Geheimrath Erb in Heidelberg; es ist der Privatpraxis desselben, und zwar den Jahren 1879—1891 entnommen, und umfasst eine Anzahl von 6000 über 25 Jahre alten Männern. Alle sind gleichmässig auf Syphilis untersucht, ohne Rücksicht darauf, ob es sich um progressive Paralyse oder etwa um Magenkatarrh handelte, und es befinden sich unter ihnen 1330 mit vorausgegangener Infection: 609, deren Vorgeschichte Schanker aufweist, 721 mit allgemeiner Syphilis.

Diese grosse Zahl von Fällen, zusammen mit der stets gleich bleibenden Genauigkeit der auf Syphilis gerichteten Erhebungen, ergibt für das Vorkommen der genannten Krankheit eine Durchschnittszahl, die wohl unabhängig sein dürfte von gröberen Zufälligkeiten. Und gerade die Berechnung der Syphilisfrequenz für die einzelnen Hunderte von Kranken ermöglicht einen Ueberblick, innerhalb welcher Grenzen diese Werthe zufällig verschoben werden. Wir finden als Gesammtdurchschnitt: 10,15 Proc. für Schanker ohne festgestellte allgemeine Lues, 12,02 Proc. für constitutionelle Lues, zusammen 22,17 Proc.; als Grenzwerthe aber der einzelnen Hunderte 4 und 20 Proc. für Schanker, 5 und 22 für Syphilis, 13 und 36 für beides. Dies sind jedoch aussergewöhnliche, nicht oft auch nur annäherungsweise erreichte Werthe: in der Regel entfernen sich die Procentzahlen nur innerhalb einer kleinen Zahlenreihe von dem bezeichneten Gesammtdurchschnitt.

22 Proc. Syphilitische — das scheint allerdings etwas viel[1]); und man hat angeführt, das Material einer Praxis, die sich vorwiegend und einseitig aus den gut situirten Kreisen zusammensetze, könne nicht zur Entscheidung derartiger Fragen beitragen; seine Verwerthung müsse ja ein falsches Bild ergeben, denn eben jene Kreise lieferten einen Haupttheil der Luetischen, unter Tabikern und Paralytikern müssten also auch sehr viele Leute, die sich in früheren Jahren inficirt hätten, zu finden sein. Dieser anscheinend nicht unwesentliche Grund beweist ungefähr das Gegentheil von dem, was er darlegen soll. Denn die grosse Zahl von Syphilitischen unter der Gesammtheit der Kranken würde doch nur eine ihr entsprechende, etwa gleich hohe Syphilisfrequenz bei Tabikern und Paralytikern, nicht aber so unverhältnissmässig höhere Zahlen erklären können, wie sie die Statistik gerade für die genannten Krankheiten ergibt.

Uebrigens wäre es falsch, auf Grund unserer Statistik ohne weiteres anzunehmen, in den Gesellschaftsclassen, welchen die grosse Mehrzahl dieser Kranken angehört, komme durchschnittlich auf 22 unter 100 Personen Syphilis. Wir haben es hier mit 6000 Kranken zu thun. Und diese werden naturgemäss einen höheren Procentsatz an Luetischen aufweisen, als andere Tausende aus denselben Kreisen. Hier sind zunächst zu berücksichtigen die Allgemeinwirkungen der Syphilis auf den Körper, insoweit diese die Widerstandsfähigkeit gegen die verschiedensten Schädlichkeiten herabsetzt und zugleich deprimirend auf die Psyche wirkt (Neurasthenie, Hypochondrie). Ferner sind Krankheiten, wie progressive Paralyse, numerisch stark vertreten, die durch die Häufigkeit ihrer Combination mit Syphilis allein für sich die allgemeine Durchschnittszahl erhöhen müssen. Hierzu kommen noch die Patienten mit der Diagnose „centrale Lues“ (denen allerdings eine Anzahl als „gesund“ Bezeichneter gegenübersteht). Indem also der allgemeine Durchschnitt als zu hoch berechnet erscheint, dürfte die Bedeutung der bei einzelnen Krankheiten gewonnenen grossen Zahlen sich noch steigern.

Die Benutzung eines den Kreisen der Gebildeten entnommenen Krankenmaterials hat aber einen Vortheil, auf den Geheimrath Erb in seinen Abhandlungen über Tabes aufmerksam macht: Der Gebildete ist viel mehr gewohnt und in der Lage, als ein den unteren Schichten Angehöriger, auf sein körperliches Befinden zu achten, er wird also weit genauere und zuverlässigere Angaben machen als dieser.

Es existiren indess gewisse Fehler, denen eine jede statistische Untersuchung mehr oder weniger ausgesetzt ist[2]). Diese scheinbar so einfachen Zahlen zu gewinnen, dazu bedarf es bekanntlich einer langwierigen und verwickelten Arbeit, in deren einzelnen Phasen nur zu leicht Irrthümer verschiedener Art mit unterlaufen.

Welches sind diese Fehler?

Sie liegen unter Umständen schon in der Diagnosenstellung.

*) Inauguraldissertation.

[1]) Vergl. Erb, Zur Aetiologie der Tabes. Berliner klin. Wochenschrift 1891, No. 29.

[2]) Vergl. Rieger, Statistische Untersuchungen über den Zusammenhang zwischen Syphilis und progressiver Paralyse. Schmidt's Jahrb. 1886, 209—10.

Ferner könnte ein Arzt, welcher der ganzen hier behandelten Frage ablehnend gegenüberstünde, leicht einmal eine Infection übersehen; ein anderer, der sich darauf verlegte, bei Tabes oder Paralyse Syphilis zu finden, würde vielleicht bei diesen Krankheiten mit grösserem Eifer, als bei anderen, darnach suchen. Oder derselbe könnte einen einfachen Schanker ohne weiteres mit zur Syphilis rechnen und würde, wenn er dazu noch Unitarier wäre, vom dualistischen Standpunkt aus uncontrolirbare Resultate erhalten.

Wie ich gleich Anfangs bemerkt habe, ist das gesammte Material aus den Jahren, welchen die Statistik entnommen ist, auf Lues untersucht — gerade Erb hat diese „Gegenprobe" von vornherein als unentbehrlich für jede derartige Untersuchung bezeichnet. Ferner wurde stets getrennt: Schanker ohne nachgewiesene Allgemeininfection und constitutionelle Syphilis, so dass man nur diese letztere in Rechnung zu ziehen braucht.

In der nun folgenden Tabelle sind die einzelnen Krankheiten zu Gruppen vereinigt, die sich im Ganzen nach dem Alphabet folgen. So wird es leicht möglich, Zusammengehöriges zu vergleichen, um so mehr, als auf engere ätiologische Beziehungen Rücksicht genommen wurde (z. B. stehen Apoplexie und Hemiplegie bei den Gefässerkrankungen).

Den Schluss bilden die Krankheiten des Nervensystems, zusammen mit denen des Auges, welche ausschliesslich die Nerven dieses Organs betreffen.

	Zahl der Fälle	Keine Infection		Schanker		Syphilis		Summe d. Procente
1. Constitutionskrankheiten.								
			%		%		%	
Anämie	198	163	82,3	18	9,09	17	8,6	17,69
Perniciöse Anämie	3	3	100,0	—	—	—	—	—
Arthritis vera	58	45	77,6	6	10,3	7	12,1	22,4
Diabetes insip.	6	2	33,3	3	50,0	1	16,6	66,6
Diabetes mellitus	51	41	80,4	4	7,8	6	11,8	19,6
Paroxysm. Hburie	1	—	—	—	—	1	100,0	100,0
Leukämie	5	4	80,0	1	20,0	—	—	20,0
Pseudoleukämie	1	1	100,0	—	—	—	—	—
Purp. hämorrh.	1	1	100,0	—	—	—	—	—
Skorbut	1	1	100,0	—	—	—	—	—
2. Gefässerkrankungen etc.								
Aneurysma	22	8	36,4	6	27,3	8	36,4	63,7
Apoplexia cerebri	36	23	63,9	7	19,4	6	16,6	36,0
Arteriosclerosis	141	108	76,6	16	11,3	17	12,1	23,4
Embolie u. Thrombose	5	3	60,0	—	—	2	40,0	40,0
Encephalomalacie	17	14	82,3	2	11,8	1	5,9	17,7
Hämorrh cerebri	10	10	100,0	—	—	—	—	—
Hämorrhoiden	14	13	92,9	—	—	1	7,1	7,1
Hemiplegie	56	27	48,2	14	25,0	15	26,8	51,8
Hemiparese	18	14	77,7	1	5,6	3	16,7	22,3
3. Gelenkkrankheiten.								
Arthritis	12	6	50,0	3	25,0	3	25,0	50,0
Arthr. chron. u. deform.	15	13	86,7	2	13,3	—	—	13,3
Coxitis	21	18	85,7	1	4,8	2	9,5	14,3
Polyarthritis	80	68	85,0	5	6,3	7	8,7	15,0
4. Geschwülste.								
Carcinom	59	52	88,0	5	8,5	2	3,4	11,9
Exostose	1	1	100,0	—	—	—	—	—
Sarkom	8	7	87,5	1	12 5	—	—	12,5
Tumor cerebri	12	9	75,0	2	16,7	1	8,3	25,0
Tumor hepatis	17	10	58,8	5	29,4	2	11,8	41,2
„Tumor"	25	21	84,0	2	8,0	2	8,0	16,0
5. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane.								
Albuminurie	11	9	81,8	1	9,09	1	9,09	18,18
Cat. und Paral. vesic.	38	34	89,4	2	5,3	2	5,3	10,6
Hämaturie	2	1	50,0	1	50,0	—	—	50,0
Hypertr. u. Entzündung der Prostata	11	11	100,0	—	—	—	—	—
Impotenz	68	52	76,5	9	13,2	7	10,3	23,5
Nephritis acuta	3	3	100,0	—	—	—	—	—
Nephritis chronica	30	24	80,0	3	10,0	3	10,0	20,0
Schrumpfniere	88	70	79,6	9	10,2	9	10,2	20,4
Pyelitis	2	1	50,0	—	—	1	50,0	50,0
Ren mobilis	2	1	50,0	1	50,0	—	—	50,0
6. Krankheiten des Herzens.								
			%		%		%	
Affect. u. Debil. cordis	19	17	89,4	1	5,3	1	5,3	10,6
Affect. des Myocards	127	108	85,0	10	7,9	9	7,1	15,0
Dilatat., Hypertrophie	21	19	90,4	1	4,8	1	4,8	9,6
Endo-Pericarditis	6	6	100,0	—	—	—	—	—
Insuff. Aortae	25	18	72,0	1	4,0	6	24,0	28,0
Insuff. Mitralis	15	15	100,0	—	—	—	—	—
Nervöse Störungen	165	123	74,5	18	11,0	24	14,5	25,5
Stenosis Aortae	7	4	57,1	1	14,3	2	28,6	42,9
Stenosis Mitralis	8	6	75,0	2	25,0	—	—	25,0
Stenosis Pulmonalis	1	—	—	1	100,0	—	—	100,0
„Vitium cordis"	56	46	82,1	5	8,9	5	8,9	17,8
7. Knochenkrankheiten.								
Caries	14	8	57,1	4	28,6	2	14,3	42,9
Periostitis	2	2	100,0	—	—	—	—	—
8. Muskelkrankheiten.								
Atrophia muscularis	11	8	72,7	1	9,1	2	18,2	27,3
Dystr. musc. progr.	14	12	85,7	1	7,1	1	7,1	14,2
Lumbago	53	35	66,0	8	15,1	10	18,9	34,0
M. Thomsen	3	2	66,6	1	33,3	—	—	33,3
Rheumatismus	68	52	76,5	7	10,3	9	13,2	23,5
Tenosynovitis	3	2	66,6	1	33,3	—	—	33,3
Tortic. spast.	9	7	77,7	—	—	2	22,2	22,2
9. Krankheiten der Respirationsorgane.								
Asthma	49	39	79,6	5	10,2	5	10,2	20,4
Emphysem	84	64	76,2	11	13,1	9	10,7	23,8
Katarrhe d. Luftwege	64	58	90,6	4	6,3	2	3,1	9,4
Pneumonie	6	6	100,0	—	—	—	—	—
Pleuritis	18	15	83,3	2	11,1	1	5,5	16,6
10. Tuberculose.								
Tub. pulmonalis	206	167	81,0	22	10,7	17	8,3	19,0
Tb. verschied. Organe	7	5	71,4	1	14,3	1	14,3	28,6
11. Krankheiten der Verdauungsorgane.								
Aton. intest. u. ventr.	56	43	76,8	6	10,7	7	12,5	23,2
Cat. fauc.	37	32	86,5	3	8,1	2	5,4	13,5
Cat. intest.	57	49	86,0	4	7,0	4	7,0	14,0
Cat. ventr.	110	94	85,5	12	10,9	4	3,6	14,5
Cirrhosis hepatis	6	5	83,3	1	16,6	—	—	16,6
Cholelithiasis	10	7	70,0	2	20,0	1	10,0	30,0
Dilatatio ventricul.	28	25	89,3	1	3,6	2	7,1	10,7
Dyspepsie	196	156	79,8	21	10,4	19	9,8	20,2
Ikterus	7	6	85,7	1	14,3	—	—	14,3
Ileotyphus	4	4	100,0	—	—	—	—	—
Peritonitis	2	2	100,0	—	—	—	—	—
Perityphlitis	5	4	80,0	—	—	1	20,0	20,0
Ulcus ventr.	10	9	90,0	1	10,0	—	—	10,0
12. Varia.								
Hydrops	3	2	66,6	—	—	1	33,3	33,3
Kachektische Zustände	23	21	91,3	1	4,3	1	4,3	8,6
Malaria	5	4	80,0	1	20,0	—	—	20,0
M. Addison	3	1	33,3	1	33,3	1	33,3	66,6
Pruritus	15	12	80,0	2	13,3	1	6,6	19,9
Skleroderm.	4	3	75,0	—	—	1	25,0	25,0
„Varia"	429	329	76,7	45	10,5	55	12,8	23,3
13. Krankheiten des Nervensystems.								
a) der Nerven des Auges.								
Amaurose	9	7	77,7	2	22,2	—	—	22,2
Atroph. n. opt.	9	4	44,4	1	11,1	4	44,4	55,5
Augenmuskellähmung.	16	7	43,7	—	—	9	56,3	56,3
Miosis, Mydriasis	3	1	33,3	—	—	2	66,6	66,6
Neuritis optica	6	4	66,6	1	16,6	1	16,6	33,2
Retinitis	2	2	100,0	—	—	—	—	—
b) der übrigen peripheren Nerven.								
Neuralgie	441	350	79,4	48	10,9	43	9,7	20,6
Neuritis	36	29	80,6	2	5,5	5	13,9	19,4
Multiple Neuritis	8	5	62,5	1	12,5	2	25,0	37,5
Mult. Neurit. d. Alkohol	4	2	50,0	—	—	2	50,0	50,0
„Paralysis"	20	15	75,0	1	5,0	4	20,0	25,0
Paralysis atrophica	10	2	20,0	1	10,0	7	70,0	80,0
Paralysis facialis	15	9	60,0	3	20,0	3	20,0	40,0
Paralysis diphtherica	5	5	100,0	—	—	—	—	—
Paralysis saturn.	4	1	25,0	2	50,0	1	25,0	75,0
Comb. Schulterlähmg.	2	1	50,0	1	50,0	—	—	50,0
„Spasmi"	29	26	89,7	2	6,9	1	3,4	10,3

	Zahl der Fälle	Keine Infection		Schanker		Syphilis		Summe d. Procente
c) des Rückenmarks und der Medulla oblongata.								
			%		%		%	
Amyotr. Lat.-Sklerose	13	7	53,8	2	15,4	4	30,8	46,2
Ataxie . . .	3	3	100,0	—	—	—	—	—
Progr. Bulbärparalyse	4	4	100,0	—	—	—	—	—
Compr. Myelitis .	7	7	100,0	—	—	—	—	—
Halbseitenläsion .	1	—	—	—	—	1	100,0	100,0
Lues spinalis . .	2	—	—	1	50,0	1	50,0	100,0
Meningitis . . .	12	11	91,7	—	—	1	8,3	8,3
Myelitis . . .	67	42	62,7	5	7,4	20	29,9	37,3
Myelopathie . .	18	11	61,1	3	16,7	4	22,2	38.9
Paral. spin. spast. .	20	18	90,0	1	5,0	1	5,0	10,0
Paraplegie . . .	10	8	80,0	1	10,0	1	10,0	20,0
Pachymening. cerv. hyp.	1	1	100,0	—	—	—	—	—
Poliomyelitis . .	22	16	72,7	2	9,1	4	18,2	27,3
Multiple Sklerose .	22	20	90,9	2	9,09	—	—	9,09
Spinalaffection . .	16	12	75,0	2	12,5	2	12,5	25,0
Syringomyelie . .	9	5	55,5	2	22.2	2	22,2	44.4
Tabes . . .	12	2	16,7	3	25,0	7	58,3	83.3
d) des Gehirns. Psychisches.								
Aphasie . . .	11	6	54,5	3	27,3	2	18,2	45,5
Agrypnie . . .	105	81	77,2	10	9,5	14	13,3	22,8
Atrophia cerebri .	1	1	100,0	—	—	—	—	—
Cerebralparalyse .	3	2	66,6	1	33,3	—	—	33,3
Demenz . . .	11	7	63,6	1	9,1	3	27,3	36.4
Encephalopathie .	98	64	65,3	8	8,2	26	26,5	34,7
Epil. cort. . . .	3	1	33 3	1	33.3	1	33,3	66,6
Hypochondr. . .	173	132	76,3	13	7,5	28	16.2	23.7
Lues cerebri . .	11	—	—	1	9,09	10	90,9	100,0
Melancholie . .	61	47	77,0	7	11,5	7	11,5	23,0
Progressive Paralyse .	65	21	32,3	8	12,3	36	55,4	67,7
„Psychosis" . .	81	59	72,8	6	7,4	16	19,8	27,2
Sklerosis centr. . .	5	4	80,0	1	20,0	—	—	20,0
Tabophobie . .	5	3	60,0	—	—	2	40,0	40,0
Vertigo . . .	138	100	72,5	16	11,6	22	15,9	27,5
e) Neurosen.								
Beschäftigungs-Neurose	54	47	87,0	3	5,6	4	7,4	13,0
Chorea min. . .	2	1	50,0	—	—	1	50,0	50,0
Epilepsie . . .	102	76	74,5	9	8,8	17	16,7	25,5
Hysterie . . .	24	22	91,7	1	4.1	1	4,1	8,2
„Neurosis" . .	35	25	71,4	8	22,9	2	5,7	28,6
Paralysis agitans .	57	49	85,9	4	7,0	4	7,0	14,0
Tetanie . . .	1	—	—	1	100,0	—	—	100,0
Traumatische Neurose	27	27	100,0	—	—	—	—	—
f) Störungen der Sensibilität.								
Anästhesie . . .	3	3	100,0	—	—	—	—	—
Dysästhesie . .	13	8	61,5	4	30,8	1	7,7	38,5
Hemianästhesie . .	5	2	40,0	1	20,0	2	40,0	60,0
Hyperästhesie . .	9	8	88,8	1	11,1	—	—	11,1
Parästhesie . .	34	28	82,4	1	2,9	5	14,7	17,6
g) Vasomotorisches. Trophisches. Varia.								
Cephalaea . . .	234	179	76,5	23	9,9	32	13,6	23,5
Hemiatr. faciei . .	1	—	—	—	—	1	100,0	100,0
Hyperidrosis . .	8	5	62,5	—	—	3	37,5	37,5
Migräne . . .	60	50	83,3	3	5,0	7	11,7	16,7
M. Basedowii . .	7	6	85,7	1	14,3	—	—	14,3
Myxödem . . .	1	1	100,0	—	—	—	—	—
Nervöse Störungen der geschlechtl. Funct.	38	34	89,5	—	—	4	10,5	10,5
Neurasthenie . .	1732	1381	79,7	167	9,7	184	10,6	20,3
Tremor . . .	11	8	72,7	—	—	3	27,3	27,3
„Gesund" . . .	20	19	95.0	—	—	1	5.0	5,0
Summa	7327	5688		732		907		

Das sind 7327 verschiedene Krankheiten, die sich auf 6000 Personen vertheilen. Unter diesen sind:

4691	mit 1 Diagnose =	4691
1292	mit 2 Diagnosen =	2584
16	mit 3 Diagnosen =	48
1	mit 4 Diagnosen =	4
6000		7327

Von den 6000 waren 4670 ohne nachweisbare Infection geblieben, 609 = 10,15 Proc. hatten Schanker, 721 = 12,02 Proc. allgemeine Syphilis gehabt.

Dieser Statistik dienten Krankenverzeichnisse zur Grundlage, die Herr Geheimrath Erb in den Jahren 1879—1891 in kurzen Zwischenräumen anfertigte auf Grund von regelmässig bei der Untersuchung jedes Kranken gemachten Notizen. Unsere Berechnung erstreckt sich, wie hier nochmals betont wird, nur auf männliche erwachsene Individuen von über 25 Jahren.

Hieraus folgt, dass diese Tabellen für viele Krankheitsformen ein unrichtiges Bild geben können, denn alle Fälle, die Frauen, Kinder und Jünglinge betreffen, sind ja weggelassen. Allein diese Krankheiten (z. B. solche des Herzens, der Luftwege, der Verdauungsorgane, Tuberculose etc., Polyarthritis, Ren mobilis, oder einzelne Affectionen des Nervensystems, wie Beschäftigungsneurose, Chorea minor, Hysterie, Migräne etc.) können sehr leicht ausser Betracht gelassen werden, es kommt hier wesentlich auf anderes an.

Ich brauche nicht hinzuweisen auf die Ueberlegenheit eines derartigen Materials statistischen Versuchen gegenüber, wie man sie theilweise antraf, Tabellen, die aus überlieferten Krankengeschichten, also von Aerzten hergestellt wurden, welche die betreffenden Kranken niemals gesehen und nicht mit Rücksicht auf die speciellen Zwecke ihrer Statistik untersucht hatten. Diese „retrospective" Methode ist allerdings völlig zu verwerfen.

Die von mir benutzten Krankenverzeichnisse enthalten jeweils Name (eventuell Lebensalter) des Patienten, Bezeichnung seiner Krankheit, eine Bemerkung, ob Syphilis, Schanker oder keine Infection vorlag, und nöthigenfalls darüber, ob die Diagnose der Krankheit oder der Syphilis zweifelhaft war. Bei der Aufstellung der Statistik ging ich in der Weise vor, dass ich alle Fälle, die in eine der drei Rubriken: „Keine Infection", „Schanker", „Syphilis" aufzunehmen waren, zugleich unter einer weiteren Abtheilung „Gesammtzahl der Fälle" verzeichnete. Da dieser letzteren die Summe der drei anderen entsprechen musste, so hatte ich ständig eine Controle über die Richtigkeit der gefundenen Zahlen.

So glaube ich annehmen zu dürfen, dass diese Statistik — gewisse Fehler mögen ja unvermeidlich sein — den an Genauigkeit und Brauchbarkeit zu stellenden Anforderungen entspricht:

Es ist ein grosses Material benutzt — dieses von ein und demselben Arzte in Rücksicht auf die hier behandelte Frage untersucht, und zwar von dem Forscher, der neben wenigen anderen am frühesten dieses Gebiet planmässig bearbeitete — die Nervenleiden, die auch hier ein Hauptinteresse beanspruchen, sind sehr zahlreich und zum Theil numerisch stark vertreten. — Bei allen Krankheiten, die für die Zwecke unserer Untersuchung Wichtigkeit haben, wurden diagnostisch zweifelhafte Fälle besonders vermerkt; rechnet man sie ab, so wird das Material zwar kleiner, aber um so zuverlässiger[3]).

Wie werden wir nun die Frage formuliren, mit der wir an unsere Statistik herantreten?

Auf Grund statistischen Forschens wird man Beziehungen zur Syphilis einer Krankheit mit um so mehr Recht zuerkennen, je häufiger in der Anamnese Syphilis sich findet und je grösser die absolute Zahl der Fälle ist, mit der die selbe Krankeit in unserer Statistik auftritt.

Ueber die Berechtigung der statistischen Methode, bei der Lösung medicinischer und speciell ätiologischer Probleme an hervorragender Stelle mitzuwirken, brauche ich mich nicht zu verbreiten:

„Da die statistische Methode ja nichts anderes ist, als der Ausfluss unserer Logik, eine rein geistige Untersuchungsmethode, eine in methodischer Weise erfolgende Anwendung unserer Denkgesetze, so kann dieselbe nie zu einer andersartigen Betrachtung unseres Kenntnissmaterials in Gegensatz treten und wird daher für die Medicin ebenso wenig wie für irgend einen Zweig unseres Wissens unanwendbar oder gar schadenbringend sein können."

[3]) Vergl. Ephraim: „Ueber die Bedeutung der statistischen Methode für die Medicin." Volkmann, Sammlung klin. Vorträge No. 70. Leipzig 1893.

„Die Erkennung der Krankheitsursachen kann unsere Vernunft nicht auf eine andere Weise vollziehen, als die der Ursachen überhaupt.“

„Worauf beruht die Annahme von der Ursache einer Wirkung, wenn nicht lediglich darauf, dass wir zwei Ereignisse gleich häufig eintreten sehen und zwar derart, dass das eine dem andern regelmässig zeitlich vorangeht.“

„Bei einer derartigen Regelmässigkeit der zeitlichen Aufeinanderfolge glauben wir des ursächlichen Zusammenhangs absolut sicher zu sein und sprechen sogar von einer Nothwendigkeit, von einem Gesetz, indem wir die inductiv gewonnene Kenntniss deductiv verwerthen; erfolgt die zeitliche Aufeinanderfolge beider Erscheinungen mehr oder minder regelmässig, so ist grössere oder geringere Wahrscheinlichkeit ihres ursächlichen Zusammenhangs vorhanden.“ (Ephraim.)

Der Factor aber, den wir bei der Verwerthung statistisch gewonnener Zahlen stets in Rechnung stellen müssen (sollen wir nicht zu ganz unberechtigten Schlüssen gelangen) ist, wie oben bemerkt, die absolute Zahl der Fälle, in der die einzelnen Krankheiten vertreten sind.

Es ist klar, dass man mit Schlussfolgerungen, die sich auf ein Material von 125 Nephritiden, von 1732 Neurasthenien stützen, mehr beweisen kann, als mit einer Berechnung, die nur wenige Fälle zur Grundlage hat.

Wir dürfen also die Procentzahlen für Syphilis nie für sich allein betrachten; sie erhalten vielmehr ihren Werth erst durch die Grösse des Materials, aus dem sie berechnet sind; und alle die Krankheitsformen, die in der vorstehenden Tabelle nur mit minimalen Zahlen figuriren, müssen ohne weiteres von der Betrachtung ausgeschlossen werden, irgend welche Schlüsse lassen sich zum mindesten nicht auf sie gründen.

Hiermit ist aber nicht gesagt, dass kleine Beobachtungsreihen völlig werthlos sein müssen. Von dem vorliegenden Material ist sicherlich vorauszusetzen, dass es mit Fällen aus der Nervenpathologie besonders reichlich ausgestattet ist. Wenn trotzdem einzelne Nervenleiden so wenig häufig auftreten, dass ihre statistische Verwerthung höchst zweifelhafte Resultate ergeben müsste, so liegt hierin die Aufforderung ausgesprochen, diese Beobachtungsreihen mit denen anderer Aerzte zu vereinigen, um auf grössere Zahlen zu kommen.

Besehen wir uns jetzt die vorstehende Tabelle und suchen wir eine Trennung der in ihr verzeichneten Krankheiten durchzuführen nach dem Grad der Wahrscheinlichkeit, mit der ihnen Beziehungen zur Syphilis zuzusprechen sind.

Diese Sonderung gründet sich also lediglich auf die hier vorliegenden Zahlen, sie hat den Zweck, über die nächsten Ergebnisse unserer Statistik eine umfassende Uebersicht zu gewähren, und wird eben das zum Ausdruck bringen, was diese Zahlen an sich — zunächst ohne weitere Erklärungen — bedeuten. Und da diese Untersuchungen nicht nur Bekanntes bestätigen sollen — man hätte sie dann auf wenige Krankheitsformen beschränken können — mögen alle oben angeführten Krankheiten auch hier ihren Platz finden. Wir haben uns ja vorhin klar gemacht, dass die Aussicht, im einzelnen Falle das Richtige zu treffen, im directen Verhältniss steht zu der Grösse des jeweils benutzten Materials.

Es sind also zu trennen: Krankheiten, bei welchen die Syphilis in der Vorgeschichte eines sehr grossen Theils der Fälle, resp. in allen Fällen vorkommt, etwa in 40 bis 100 Proc. — Krankheiten mit 25—40 Proc. Syphilis — solche mit 22—25 Proc. — und schliesslich solche, bei welchen die Lues unter dem Mittel von etwa 22 Proc. bleibt.

Dass diese Eintheilung nicht etwa ausdrücken will: bei allen Krankheitsformen der 1. Gruppe ist die Wahrscheinlichkeit des Zusammenhanges mit Syphilis gross, bei allen Krankheiten der zweiten eine mittlere, der dritten eine zweifelhafte, versteht sich nach dem Gesagten von selbst.

[4]) Die gesperrt gedruckten Krankheitsformen sind solche, denen eine grössere Reihe von Einzelbeobachtungen zu Grunde liegt, gesperrt gedruckt und zugleich eingeklammert sind einzelne Leiden, die bei geringer Anzahl von Fällen für die Lues-Frage doch von Interesse zu sein scheinen.

1) 40—100 Proc. Syphilis findet sich bei[4]): (Diabetes insipidus, paroxysmale Hämoglobinurie) — Aneurysma, Apoplexie = Hemiplegie, (Embolie = Thrombose) — Arthritis — (Tumor hepatis) — (Hämaturie, Pyelitis, Ren mobilis) — (Stenosis Aortae, Pulmonalis) — (Caries) — (M. Addison) — Atrophia n. optici, Augenmuskellähmungen — Anomalien der Pupille — (multiple Neuritis der Alkoholiker, Paralysis atroph.), Paralysis facialis (Paral. saturnina, combinirte Schulterlähmung) — (amyotrophische Lateralsklerose), (Halbseitenläsion, Syringomyelie), (Tabes) — (Aphasie, Epilepsia corticalis), progressive Paralyse, (Tabophobie) — (Chorea minor, Tetanie) — (Hemianaesthesie) — (Hemiatrophia faciei).

2) 25—39 Proc.: (Tumor cerebri) — (Insufficienz der Aorta), nervöse Störungen des Herzens, (Stenose der Mitralis) — (Atrophia muscul.), Lumbago, (M. Thomsen, Tenosynovitis) — (Tuberculose verschiedener Organe) — (Cholelithiasis) — (Hydrops, Sklerodermie) — Neuritis optica — multiple Neuritis, „Paralysis“ — Myelitis, Myelopathie, Poliomyelitis, (Spinalaffection) — Cerebralparalyse, Demenz, Encephalopathie, „Psychosis“, Vertigo — Epilepsie, „Neurosis“ — Dysaesthesie — (Hyperidrosis) — (Tremor).

3) 22—25 Proc.: Arthritis vera — Arteriosklerose (?), Hemiparese — Impotenz — Rheumatismus, (Torticollis spasticus) — (Emphysema pulmonum) — Atonia intest. et ventr. — (Amaurosis) — (Agrypnie), Hypochondrie, Melancholie — Cephalaea.

4) 21—0 Proc.: Anämie, (perniciöse Anämie), Diabetes mellitus, (Leukämie, Pseudoleukämie, Purpura haemorrhagica, Scorbut) — Encephalomalacie, Hämorrhagia cerebri (?), (Hämorrhoiden) — Arthritis chronica und deformans, (Coxitis, Polyarthritis) — Carcinom, (Exostose, Sarkom, „Tumor“) — (Albuminurie), (Catarrh. und Paralysis vesicae, Hypertrophie u. Entzündung d. Prostata), (Nephritis acuta), chronica, Schrumpfniere — (Affectio und Debilitas cord.), Affection des Myocards, (Dilatatio, Hypertr. cord., Endo-Pericarditis, Insuff. Mitral.), „Vitium cordis“ — (Periostitis) — Dystrophia muscul. progress. — (Asthma, Katarrhe d. Luftwege, Pneumonie, Pleuritis) — (Tub. pulm.) — Cat. fauc., intest., ventric., (Cirrhosis hepatis), Dilatatio ventric., Dyspepsie, (Ikterus), (Ileotyphus, Peritonitis, Perityphlitis, Ulcus ventric.) — (kachektische Zustände, Malaria, Pruritus) — Retinitis — Neuralgie, Neuritis, (Paralysis diphtherica, Spasmi) — (Ataxie), (progressive Bulbärparalyse), Compressionsmyelitis, (Meningitis), spastische Spinalparalyse, Paraplegie, (Pachymeningitis cervicalis hypertrophica), multiple Sklerose. — (Atrophia cerebri, Sclerosis centr.) — Beschäftigungsneurose, Hysterie, Paralysis agitans, traumatische Neurose — (An-, Hyper-, Parästhesie) — Migräne, (M. Basedowii), (Myxödem, nervöse Störungen der geschlechtlichen Functionen), Neurasthenie.

Wir gehen jetzt dazu über, verschiedene der hier verzeichneten Krankheiten in ihrem Verhältniss zur Syphilis näher zu betrachten. Insonderheit wird das mir zur Verfügung stehende Krankenmaterial Anlass zu weiteren Ausführungen geben. Ueber die einschlägige Literatur habe ich mir eine Uebersicht an der Hand der Virchow-Hirsch'schen und Schmidt'schen Jahrbücher vom Jahr 1880 ab zu verschaffen gesucht.

Ueber die Frage, ob zwischen Syphilis und Anomalien des Blutes ein ursächlicher Zusammenhang besteht, ist erst wenig bekannt. Beobachtet wurden Veränderungen, wie man sie bei Chlorose findet: Verminderung der Zahl der rothen Blutkörperchen (Anz, Lezius) und in noch höherem Maasse ihres Hämoglobingehaltes (Lezius), und dies während der Entwickelung syphilitischer Erscheinungen.

Unsere Statistik weist zwar bei 198 Fällen von „Anämie“ nur 17,69 Proc. Syphilis auf. Allein chlorotische Blutveränderungen bei männlichen Individuen mit florider Syphilis dürften kaum anders als eben durch diese zu erklären sein. Schwer könnte die Entscheidung allein bei syphilitischen Mädchen werden.

Ueber Diabetes mellitus und insipidus bei Syphiliti-

schen existiren verschiedene Angaben, denen gemeinsam ist, dass zugleich mit dem Diabetes floride Syphilis bestand und beide einer Hgbehandlung wichen. (Lemonnier, Feinberg 4 Fälle, Suruktschi: Fall von Diab. insip., desgl. Demme: 6jähriger, hereditär syphilitischer Knabe mit einer täglichen Harnmenge von 8—15 Litern!)

Diese Mittheilungen verdienen immerhin Beachtung; allerdings dürfte die Behauptung Schnees, Diabetes sei in allen Fällen auf Syphilis zurückzuführen, kaum viel Anklang finden.

Auch die hier gegebenen Zahlen sprechen völlig gegen eine solche Auffassung bezüglich des Diabetes mellitus (19,6 Proc. Lues, von den 51 Fällen sind 4 ohne Infection, 1 mit Schanker als diagnostisch zweifelhaft in Abzug zu bringen). Die wenigen Fälle von Diab. insip. lassen natürlich keine weiteren Schlüsse zu.

Unter 141 Fällen von Arteriosklerose fanden sich nur 16 mit Schanker, 17 mit Syphilis. Diese Gefässerkrankung ist ja eine ungemein häufige Altersveränderung, trotzdem möchte ich annehmen, dass die Zahl der Fälle mit Syphilis im Verhältniss zu der Summe der nichtsyphilitischen in der Statistik zu niedrig erscheint. Ersteren sind noch die Aneurysmen zuzuzählen, und unter „Apoplexien", „Hemiplegien" und den verschiedensten anderen Krankheiten liesse sich sehr wahrscheinlich noch eine gute Anzahl syphilitischer Gefässveränderungen nachweisen.

Ganz besonders augenfällig ist der Einfluss der Lues auf die Entwickelung des Aneurysmas. Unter 22 Fällen nur 8, deren Anamnese keine Syphilis ergab. Bei 2 Fällen ohne Infection, 3 mit Schanker war die Diagnose zweifelhaft; lässt man sie unberücksichtigt, so steigt der Procentsatz für Syphilis noch um 1 Proc. (von 63,7 auf 64,7).

Unter 36 Apoplexien + 56 Hemiplegien, zusammen 92 Fällen, kommt 13 + 29 mal, d. i. in 45,7 Proc., Syphilis vor, bei den Hemiplegien allein in 51,8 Proc. (je 1 mal blieben „Schanker" und „keine Infection" zweifelhaft).

Fragt man nach dem Lebensalter der syphilitischen Apoplektiker und Hemiplegischen, so ist unter ihnen eine ganze Reihe von noch verhältnissmässig jungen Leuten: zwischen 50 und 40 Jahren 6 (je einer mit 50, 49, 46, 45, zwei mit 42 Jahren), zwischen 40 und 30 gleichfalls 6 (je zwei mit 39 und 37, je einer mit 35 und 34), einer sogar mit 25 Jahren! Ein Mensch, der sich inficirt hatte, an allgemeiner Syphilis erkrankte und mit 25 Jahren eine Apoplexie erleidet — in einem solchen Falle scheint der Zusammenhang unbestreitbar zu sein. In der Literatur habe ich Statistiken über diesen Gegenstand nicht gefunden. Die hier veröffentlichten Zahlen weisen der Syphilis, die gewöhnlich in einer Linie mit Gicht und Alkoholismus genannt wird, einen wohl unerwartet hohen Einfluss zu. Es wäre also erwünscht, auf dem Wege statistischer Untersuchung weiteres zu erfahren. Vielleicht ist auch die Frage nicht unberechtigt, ob man nicht bei Hemiplegischen, deren Vorgeschichte einen Anhaltspunkt bietet, prophylaktisch eine antisyphilitische Behandlung einleiten sollte; vielleicht liesse sich so zuweilen die gefürchtete Wiederkehr der Blutung vermeiden.

Die hohe Frequenz der Syphilis unter den Arthritisfällen meiner Statistik (bei 12 Krankheitsfällen 50,0 Proc., 1 Fall ohne Infection zweifelhaft, gibt 54,5 Proc.) lenkt die Aufmerksamkeit von neuem auf Beobachtungen, wie sie vor einigen Jahren namentlich von französischer Seite (Fournier, Cheminade, Cazla) veröffentlicht wurden. Es handelte sich meist um Entzündung einzelner Gelenke (Knie) bei secundär Luetischen.

Von den Neubildungen ist es allein das Carcinom, dem gegenüber von Beziehungen zur Syphilis zu reden, man auf Grund verschiedener Beobachtungen ein gewisses Recht hat.

Ueber Krebsentwickelung an Stellen, die vorher von syphilitischen Herden eingenommen waren, berichtete Lang (1 Fall: Boden der Mundhöhle, gleichzeitig am übrigen Körper zahlreiche Gummen; weiterer Fall: Unterlippe, in einem dritten auf einem Hautgumma); ferner Morelli, Héraud, Ozenne, Verneuil (Zunge). Der letztgenannte Arzt fand ferner Carcinom in einem Hoden, der 2 Jahre zuvor ein Gumma beherbergt hatte; von Dittel traf bei einem 33jährigen Manne 1 Jahr nach dessen luetischer Infection am Penis in der Narbe der Sklerose Krebs. Wheeler sah bei einem seit 10 Jahren luetischen Manne eine Zungenefflorescenz, die mehrmals antisyphilitischer Behandlung gewichen war, schliesslich in Epitheliom übergehen.

Ueber einen geradezu identischen Fall bin ich mit gütiger Erlaubniss eines Collegen in der Lage hier zu berichten:

Ernst Sch. hatte sich im Alter von etwa 25 Jahren inficirt; der Sklerose am Penis waren Drüsenschwellungen und Hautausschläge gefolgt. Während mehrjähriger Beobachtung litt Patient an Schwellung der Unterkieferdrüsen, häufig auftretenden Plaques muqueuses an Zunge und Zahnfleisch, sowie an charakteristischen Geschwüren im Rachen (speciell an den Mandeln) und in der Nase. Die Frau des Kranken bot nie Erscheinungen einer Infection, abortirte jedoch 2 mal; weiterhin blieb die Ehe kinderlos. Die ärztlicherseits geforderte Schmiercur wurde von dem vielbeschäftigten Manne immer wieder verschoben. Im Laufe des Jahres 1892 bemerkte der Arzt, dass unter den Efflorescenzen an der Zunge, die eine Behandlung mit Sublimatspray und Jodkali stets rasch beseitigt hatte, eine besonders hartnäckig war und sich zu verhärten schien. Die sehr bald vorgenommene mikroskopische Untersuchung eines ausgeschnittenen Stückchens ergab verdächtige Stellen, die wie Epitheliomzwiebeln aussahen, wesshalb ausgiebige Keilexcision gemacht wurde. Jedoch hatte die so frühzeitig ausgeführte Operation keinen dauernden Erfolg: bald wurde die Entfernung einer Unterkieferdrüse nöthig und hierbei zeigte sich der Knochen selbst so ausgedehnt erkrankt, dass von einer Radicaloperation abgesehen werden musste.

Unter den syphilitischen Carcinomkranken unserer Statistik war keiner mit Epitheliom; und doch ist es vorwiegend diese Art von Krebs, die uns hier interessirt. Denn ein Zusammenhang mit Syphilis kann dann wahrscheinlich gemacht werden, wenn wir die Neubildung auf der specifisch erkrankten Stelle der Haut oder Schleimhaut geradezu emporwachsen sehen. Bei allen Carcinomen innerer Organe würde dieser Nachweis anderen Schwierigkeiten begegnen. Indess erscheint es nicht unmöglich, dass ebensowohl wie auf der Narbe eines Ulcus rotundum, sich öfter Krebs entwickeln könnte auf einem Narbengewebe, das einer Bindegewebswucherung syphilitischer Natur seinen Ursprung verdankte.

(Schluss folgt.)

Aus dem pathologischen Institut zu Halle a. S.

Ein Fall von Atresia oesophagi, duodeni, recti congenita.*)

Von Dr. med. *Marckwald*, Assistent am pathologischen Institut.

Meine Herren! Das Präparat, welches ich Ihnen demonstriren möchte, entstammt der Leiche des 4tägigen Kindes H. R.

Dasselbe wurde nach der mir von Herrn Dr. Grosse, Assistenten an der hiesigen königlichen chirurgischen Klinik, freundlichst überlassenen Krankengeschichte in der Nacht vom 4. zum 5. October 1893 geboren. Die Hebamme bemerkte nach der Geburt, dass das Kind keine Analöffnung habe und brachte es daher in die hiesige Klinik.

Anamnestisch ist zu bemerken, dass das Kind angeblich übertragen, 6 Wochen nach dem erwarteten Ende der Schwangerschaft geboren sein soll. Die Geburt erfolgte spontan. Missbildungen sind in der Familie bisher nicht beobachtet worden.

Status praesens. Ziemlich kräftiger Knabe, der fortwährend krampfhafte Bewegungen mit den Händen macht, den Mund krampfhaft verzieht, aber nicht schreit. Im Unterkiefer links ein Schneidezahn. An Stelle der Analöffnung findet sich nur eine ganz seichte, zwischen beiden Hinterbacken gelegene Furche; von einem Anus ist gar keine Andeutung vorhanden. Der palpirende Finger fühlt auch bei starkem Pressen keinen sich entgegenschiebenden Tumor in der Analgegend.

Operation. Ohne Narkose ein 3 cm langer Schnitt in der Analfurche mitten zwischen den Tubera ossis ischii. Genaue Blutstillung. In einer Tiefe von etwa 4 cm fühlt man eine sich dem Finger entgegenwölbende Partie, auf welche eingeschnitten wird. Die Schleimhaut des hierdurch eröffneten Darms wird durch Seidennähte an der äusseren Haut fixirt. Meconium geht zunächst nicht ab, doch kommt man mit der Sonde auf dasselbe. Gegen Abend Abgang von Urin und Meconium. Alles, was dem Kinde gereicht wird, bricht es sofort wieder aus, hat dabei öfters starken Husten. Unter zunehmendem Collaps am 8. X. Exitus letalis.

*) Nach einem Vortrag, gehalten im Verein der Aerzte zu Halle a. S. am 7. Februar 1884.

Am 9. X. 17 Stunden p. m. Obduction. Das Sectionsprotokoll lautet:

Kräftig entwickelte, männliche Kindsleiche, in leidlich gutem Ernährungszustande, von äusserlich völlig normaler Bildung. Rigor leicht angedeutet. Blasse diffuse Todtenflecke an den abhängigen Partien des Körpers. Die ligirte Nabelschnur mumificirt. Die Umgebung des Nabels ohne Entzündungserscheinungen. An Stelle der Analöffnung in der eben angedeuteten Analfurche ein 3 cm langer Schnitt, dessen Ränder in den Winkeln verklebt sind, während die mittleren Partien weit klaffen. Die Wundränder sind in den letzteren Partien durch Nähte mit den Wandungen eines Darmstückes, wie die spätere Untersuchung ergab, dem Rectum, vereinigt, mit frischem, bräunlich-grünem Koth belegt. Fettpolster in mittlerem Grade entwickelt ebenso wie die Truncusmusculatur von durchaus gesundem Aussehen. Nabelgefässe noch eben für eine Sonde durchgängig.

In der eröffneten Bauchhöhle liegen wenig ausgedehnte Darmschlingen vor. Die Leber steht tief und erscheint fast in ganzer Grösse unter dem Rippenbogen. Das Netz ist zwischen den Darmschlingen verborgen. Unter den Organen der Bauchhöhle bestehen keine abnormen Verwachsungen. Peritoneum parietale und viscerale sind glänzend, spiegelnd. Die Darmschlingen sind wenig ausgedehnt. In einigen Dünndarmschlingen geringe Mengen grünlichen Inhalts. Zwerchfellstand beiderseits am unteren Rande des 5. Rippenknorpels.

Nach Fortnahme des Brustbeins berühren sich die stark ausgedehnten Lungen in der Mittellinie. Ihre vorliegenden Theile sind blass, die weiter nach hinten gelegenen von dunkler bläulich-rother Farbe. Die Pleuren sind über den vorliegenden Theilen blass und spiegelnd, über den dunkleren Partien dagegen getrübt und mit leicht abschabbaren, membranösen Auflagerungen versehen. In den Pleurasäcken kein abnormer Inhalt.

Im zarten Herzbeutel wenig Tropfen klaren Serums. Section des Herzens zeigt durchaus normale Verhältnisse. Foramen ovale für eine Sonde durchgängig.

Die linke Lunge entleert aus ihrem Hauptbronchus trüben, zähen Schleim. Bronchialmucosa lebhaft geröthet. Grössere Aeste der Lungenarterie ohne Inhalt. Lungenparenchym dem äusseren Befunde entsprechend, am freien Rande blass, trocken, gut lufthaltig, in den hinteren Partien viel blutreicher und feuchter. Im Oberlappen sind auch die blutreicheren Partien gut lufthaltig, im Unterlappen dagegen ist das entsprechende Gewebe an umschriebenen Stellen völlig luftleer, von sehr fester Consistenz, matt grauroth gefärbt, die Schnittfläche ist gekörnt. Auf Druck entleert das brüchige Gewebe trübe, missfarbene, eiterähnliche Flüssigkeit. Lobuläre Begrenzung ist nicht nachzuweisen. In der rechten Lunge nehmen die beschriebenen Veränderungen den ganzen Unterlappen und den grössten Theil des Mittellappens ein. Neben den graurothen finden sich hier auch graugelbe hepatisirte Partien, die auf Druck sehr reichliches, trübes, eiterähnliches Exsudat entleeren. Die übrigen Theile der Lunge verhalten sich wie die entsprechenden der Gegenseite.

Milz zeigt nichts Abnormes.

Leber von etwas unregelmässig lappigem Bau, entsprechender Grösse, glatter durchsichtiger Kapsel. Der Blutgehalt des Organs ist ein mittlerer, die acinöse Zeichnung kaum erkennbar. In der Gallenblase hellbraune dünnflüssige Galle.

Nebennieren zeigen nichts Pathologisches.

Nieren fötal gelappt, auf dem Durchschnitt zeigen die Organe hellgelbe, glänzende Farbe in Folge ausgedehnter Harnsäureinfarcte. Diese Infarcte beherrschen das Gesichtsfeld in der Marksubstanz vollkommen und lassen sich grösstentheils bis weit in die Rinde hinein verfolgen. Die Nierenbecken sind nicht erweitert. Ureteren gut durchgängig.

Blase contrahirt und leer.

Hoden im Scrotum.

An den grossen Gefässen des Bauches nichts Erwähnenswerthes.

Der gesammte Darmtractus wurde mit den Halsorganen in continuo aus der Leiche entfernt. Zunge und weicher Gaumen sind normal entwickelt. Der Oesophagus zerfällt in zwei Theile, die untereinander, wie die Sondirung ergibt, in keinerlei Zusammenhang stehen, zwischen denen vielmehr ein schmales Bündel Bindegewebe die einzige Brücke bildet. Der obere Theil des Oesophagus ist stark erweitert und endigt nach einem Verlauf von etwa 8 cm in der Höhe etwa des 7. Trachealringes blind. Seine Gestalt ist im Ganzen flaschenförmig, so zwar, dass die proximalen Theile in der Weite ihres Lumens sich der Norm nähern, während der unterste Theil sich weit ausbaucht. Die Wandungen dieses Theiles sind stark hypertrophirt, im Ganzen reichlich 2 mm dick. Besonders stark entwickelt erscheint die Längsmusculatur, die die Schleimhaut als stark prominente, in der Längsrichtung verlaufende Balken in das Lumen vorspringen lässt. In der Nähe der Bifurcation der Trachea nimmt der distale Theil des Oesophagus seinen Ursprung. Weite des Lumens und Dicke der Wandungen bleiben hinter der Norm etwas zurück, ein Verhältniss, das gerade beim Vergleich mit den eben geschilderten, hypertrophischen Oesophaguswandungen um so schärfer hervortritt. Das proximale Ende dieses Theils communicirt durch eine schlitzförmige, reichlich linsengrosse Oeffnung mit dem linken Hauptbronchus, an dessen hinterer Wand, in nächster Nähe der Abgangsstelle aus der Trachea.

Der Uebergang der Schleimhäute beider Organe in einander ist ein ganz allmählicher, so dass die Uebergangsstelle nicht mit Sicherheit zu constatiren ist. Die Mündung des Oesophagus in den Magen zeigt nichts von der Norm Abweichendes.

Der Magen ist durch Gase stark aufgetrieben, ebenso wie der obere quere Theil des Duodenum. Der contrahirte stärker als normal entwickelte Pylorus hebt sich scharf ab und bildet zwischen den genannten geblähten Organen eine tiefe Einschnürung. Im Magen eine sehr geringe Menge glasig durchsichtigen Schleims. Die Magenwand ist im Ganzen ziemlich dünn, die Schleimhaut grob mamelonnirt, Felder und Furchen sehr scharf ausgebildet. Diese Theile der Schleimhaut setzen sich deutlich ab gegen die Schleimhautpartien in der Nähe des Pylorus und über diesem selbst. Die ganze Wandung ist hier stark verdickt, die Schleimhaut von weiss-fibrösem Aussehen; ein Verhalten, welches wiederum mit dem der Duodenalschleimhaut stark contrastirt. Die letztere ist sehr dünn und entbehrt ihrer normalen Charakteristica vollkommen. Nirgends auch nur eine Andeutung der Querfalten. Auf der sonst vollkommen glatten Oberfläche treten dagegen unregelmässige, fetzige, weisslich-undurchsichtige, über das Niveau leicht erhabene Gebilde hervor.

Diese Beschreibung gilt von der Duodenalschleimhaut in ihrem oberen queren und dem obersten Theil des absteigenden Schenkels. In der Mitte etwa des absteigenden Schenkels ist das Duodenum verschlossen und communicirt in keiner Weise mit dem ebenfalls in der Form eines Blindsackes beginnenden anderen Theil des absteigenden Schenkels des Duodenum.

Beide Theile verbindet ein zartes, fibröses Band. Die beiden Darmenden laufen auf etwa $1^1/_2$ cm weite Entfernung nebeneinander her, so dass das erwähnte fibröse Band nicht Querschnitte, sondern Längsschnitte des Darms verbindet. Die Schleimhaut des distalen Theiles des Duodenum ist ebenfalls Anfangs wenig charakterisirt und zeigt bei matt sammtartig aussehender Oberfläche ebenfalls zunächst keine Querfaltung. Erst dicht unterhalb des Eintrittes des Ductus choledochus in den Darm beginnt dieselbe, um nun bis an die Ileocoecalklappe zu persistiren. Die letzteren Theile sind es, die mit Meconium gefüllt sind, ihre Schleimhaut zeigt ein normales Verhalten, namentlich fällt nirgends eine Schwellung der folliculären Gebilde auf.

Auch im Dickdarm, dessen Schleimhaut sich durchaus der Norm entsprechend verhält, ziemlich reichlich Meconium.

Ueber den ursprünglich vorhandenen Verschluss des Rectum ist nichts Näheres mehr zu eruiren.

Die Todesursache war also die absolute Unmöglichkeit der Nahrungsaufnahme von Seiten des sonst wohlgebildeten Kindes. Beschleunigt wurde der Exitus unzweifelhaft durch die in beiden Lungen vorhandene, namentlich rechts ausgedehnte Pneumonie, deren Grund wohl in Aspiration beim Erbrechen nach den Ernährungsversuchen liegt.

Der Verschluss an den verschiedenen Stellen des Darmtractus findet seine Erklärung einheitlich für Oesophagus und Rectum, während der Verschluss des Duodenum durch ganz andere Verhältnisse bedingt ist, ein Verhalten, auf das ich weiter unten noch näher zurückkomme.

Was die Literatur anbetrifft, so ist eine Combination von Darmverschlüssen, wie sie in unserem Falle vorliegt, anscheinend noch nicht beobachtet, die einzelnen Anomalien dagegen sind wiederholt geschildert worden.

Die häufigste Missbildung unter den in unserem Falle vorliegenden ist die Atresia recti, die bereits eine sehr ausgedehnte Literatur gezeitigt hat, deren vollständige Anführung den engen Rahmen dieses Vortrages weit überschreiten würde. Sie ist ein exquisites Beispiel einer Hemmungsbildung.

Verhältnissmässig sehr selten beobachtet worden, ist dagegen die Atresia oesophagi. Ihre erste Erwähnung findet sich

im Jahre 1825 durch Martin[1]). Von der Aufführung der einzelnen Veröffentlichungen sehe ich ab. Hervorheben will ich, dass sämmtliche beschriebene Fälle bis auf wenige Ausnahmen sich untereinander völlig gleichen.

Ich nenne daher nur die Namen der betreffenden Autoren; nach Martin waren es Schöller[2]), Levy[3]), Périer[4]), Blondeau[5]), Vizzo Bendz[6]), v. Luschka[7]), Ward[8]), R. Meyer[9]), Annendale[10]), Porro[11]), Opitz[12]), Rasmussen[13]), Leven[14]), Brosset[15]), die, soweit mir bekannt, gleiche Fälle veröffentlichten. In sämmtlichen Beschreibungen wird das proximale Ende als dilatirt und hypertrophirt geschildert, es endete blind in der Nähe der Bifurcation. Das distale Ende war auffallend dünn und communicirte mit der Trachea oder dem linken Hauptbronchus an deren Hinterwand. Abweichend davon fand Brosset[16]) in seinem Fall gar keine Communication zwischen Oesophagus und Trachea, während Rasmussen[13]) eine offene Verbindung sowohl des distalen als auch des proximalen Theiles des Oesophagus mit der Trachea gesehen hat.

Eine, wie mir scheint, nicht berechtigte Sonderstellung nimmt Leven[14]) für seinen Fall in Anspruch. Derselbe beschreibt in seiner Veröffentlichung eine directe Fortsetzung der Wand des Oesophagus in die der Trachea. Eine solche lässt sich indessen weder aus der Abbildung, noch aus der Beschreibung des betreffenden Präparates herleiten. Dieselben geben nichts Anderes als eine Beschreibung der normalen hinteren Wand der Trachea.

Die Aetiologie dieser Missbildung sehen die Autoren ziemlich übereinstimmend in einer Hemmungsbildung, deren Mechanismus übrigens der Aufklärung harrt.

Mikroskopisch ist der Befund ein ziemlich negativer. Der proximale Theil zeigt die auch makroskopisch deutliche Hypertrophie in Grösse und Vielschichtigkeit der epithelialen Elemente der Schleimhaut und die Dicke der Musculatur der Wandung. Die Uebergangsstelle des distalen Theiles des Oesophagus in den linken Hauptbronchus lässt auch mikroskopisch nur ein allmähliches Uebergehen der platten Zellen der Schleimhaut der Speiseröhre in die cylindrischen der Bronchialschleimhaut erkennen, ohne über die Art des Ueberganges Aufschluss zu geben.

Es erübrigte ein kurzes Eingehen auf die Atresia duodeni. Eine zusammenfassende Uebersicht über die bis zu seiner eigenen Arbeit veröffentlichten Stenosen im Darm überhaupt gibt Friedrich Gärtner[17]) im Anschluss an die Beschreibung eines von ihm selbst beobachteten Falles von „multiplen Atresien und Stenosen des Darms bei einem neugeborenen Knaben“. Mittheilungen aus der Kinderklinik zu Strassburg. Im Anschluss an eine ganze Reihe von Fällen bespricht er die Aetiologie der Erkrankung, bei der intrauterine Axendrehung des Darms die Hauptrolle spielt (Küttner und Schottelius); daneben wird fötale Peritonitis genannt (Theremin und Silbermann). Nächstdem sind es eine Reihe seltener Vorkommnisse, wie Carcinom (Wiederhofer), Abschnürung durch eine schlingenförmig geformte Arteria omphalo-mesenterica, durch die sich der Darm hernienartig durchgezwängt hatte (Nobiling) u. A. m. In einem vereinzelten Fall von Schottelius war der Verschluss des Duodenum begründet durch syphilitische Hepatitis und Perihepatitis.

[1]) Observateurs des sciences medicales. Marseille, Juillet, 1825.
[2]) Neue Zeitschrift für Geburtskunde. Bd. VI. 1838.
[3]) Neue Zeitschrift für Geburtskunde. Bd. XIII, 1845.
[4]) Gazette des hôpitaux. No. 12, 1866.
[5]) Gazette des hôpitaux. No. 114, 1867.
[6]) Ugeskrift for Laeger III. No. 10, 1867.
[7]) Virchow's Archiv etc. Bd. 47, 1869.
[8]) Citirt nach 7.
[9]) Citirt nach 7.
[10]) Med. Press and Circ. March, Edinb. med. Journ. Jan. 1869.
[11]) Annali univ. di med. Agosto, 1871.
[12]) Centralblatt für Gynäkologie, 46, 1887.
[13]) Hosp. Tid. R. III, Bd. VII, 1888.
[14]) Virchow's Archiv. Bd. 114, 1888.
[15]) Lyon med. No. 21, 1889.
[16]) Jahrbuch für Kinderheilkunde. N. F., Bd. XX, 1883.
[17]) Virchow's Archiv. LIV, 1871.

Nach Gärtner beschrieben, soweit mir bekannt, Demme[17]). Küttner[18]) Tobeitz[19]), Kirchner[20]), Serr[21]) und Fischer[22]) ähnliche Erkrankungen. Sie stimmen meist mit den Gärtner'schen Anschauungen überein, nur Serr beschreibt eine Abklemmung des Duodenum durch innige Verwachsung des Pankreaskopfes mit der Duodenalwand als Grund zum Verschluss des letzteren. Es bestehen somit auch Gärtner's Ansichten noch heute zu Recht, der am Schluss seiner Arbeit dieselben, wie folgt, formulirt: „Als Hauptmoment für das Zustandekommen einer Atresie ist unzweifelhaft fötale Axendrehung anzusehen. Sie erklärt indess nur eine gewisse Anzahl der hierher gehörigen Fälle, für eine grosse Anzahl von Fällen müssen andere Erklärungen gesucht werden.“

Zu den letzteren gehört offenbar auch der unsrige, bei welchem nach Lage der anatomischen Verhältnisse eine Drehung durch die Fixirung durch das Peritoneum absolut verhindert erscheint. Ich möchte vielmehr die Erklärung unseres Falles in anderen Verhältnissen suchen, die der mikroskopische Befund völlig klarstellt.

Wie erwähnt, zeigte der grössere Theil der Magenschleimhaut ein Verhalten, das dem État mamelonné des Erwachsenen gleichzustellen war; dem entspricht nun auch der mikroskopische Befund. Die Schleimhaut ist als solche eben noch zu erkennen; sie hat aber ihre normale Structur vollkommen eingebüsst, indem das Epithel vollkommen verlorengegangen ist, die Drüsenschläuche in ihrer Form stark beeinträchtigt, eben noch zu erkennen sind. Die ganze Mucosa wird dagegen eingenommen von einem zellreichen Gewebe, das sich aus den Resten der Drüsen, aus Leukocyten und bindegewebigen Elementen zusammensetzt. Die Zahl der Zellen, namentlich der Leukocyten und der spindelzelligen Bindegewebselemente ist eine sehr bedeutende, so dass die drüsigen Elemente hinter ihnen völlig zurücktreten. Die letzteren sind deutlich namentlich noch in Partien zu erkennen, in denen die Schleimhaut durch den Schnitt etwas flach getroffen ist. Die cylindrische Gestalt ihrer einzelnen Zellen ist nur noch an ganz wenig Punkten erhalten, der grösste Theil der Zellen ist vielmehr abgeplattet, der Kern gross und von einem sehr geringen Protoplasmasaum umgeben. Das Drüsenlumen ebenfalls durch Zellen verlegt, die epithelialen Charakter haben, aber noch platter sind als die eben beschriebenen. Zwischen diesen drüsigen Elementen, dieselben an Masse aber weit übertreffend finden sich die übrigen erwähnten Zellen völlig regellos angeordnet. An verhältnissmässig wenig Stellen bedeckt ein geringes Exsudat die Schleimhaut. Diese Beschreibung gilt für den grössten Theil der Magenschleimhaut.

In der Pylorusgegend wird das mikroskopische Bild dagegen ein durchaus anderes. Es haben hier Wucherungsvorgänge in den Drüsen Platz gegriffen, die man etwa mit den, bei der Gastritis prolifera der Erwachsenen beobachteten in Parallele stellen könnte. Von der intacten Submucosa ausgehend erhebt sich eine dicke Schicht übereinander liegender, theilweise sich kreuzender, gänzlich unregelmässig verlaufender Drüsenschläuche. Dieselben sehen im Ganzen gleich aus, sowohl in den tieferen Schichten wie an der Oberfläche normalen Drüsen des Pylorustheiles nicht unähnlich, nur sind sie sämmtlich bedeutend erweitert und stossen aneinander nur durch ein ganz dünnes, spindelzelliges, die Tunica propria jeder einzelnen Drüse bildendes Gewebe. Jede dieser Drüsen ist in ihrem weiten Lumen ausgekleidet von einem überall einschichtigen, palissadenartigen Cylinderepithel. Der runde Kern liegt an der Basis der Zellen, die Protoplasmafortsätze ragen weit in das Lumen hinein vor. Diese Protoplasmafortsätze selbst und ein glasiger, transparenter, sehr fein gekörnter Inhalt der Drüsenschläuche geben Weigert'sche Fibrinfärbung. Die obersten Schichten der Drüsen sind auf dem Schnitt vielfach in der

[18]) XX. med. Bericht über die Thätigkeit des Senner'schen Kinderspitals in Bern 1883. Wiener med. Blätter, No. 17, 1884.
[19]) Archiv für Kinderheilkunde. Bd. VII, 1885.
[20]) Berliner klinische Wochenschrift. No. 27, 1886.
[21]) Wissenschaftliche Zusammenkunft deutscher Aerzte in New-York. Medicinische Monatsschrift, Bd. II, 1890.
[22]) Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Bd. 31, 1891.

Längsrichtung getroffen, während die unteren Schichten nicht selten Drüsenquerschnitte zeigen. In den obersten Schichten dieser drüsigen Wucherungen findet man Nekrotisirung und Zerfall, über dem Ganzen liegt eine ziemlich ausgedehnte Exsudatschicht, die aus hyalinen, stark fibrinhaltigen Massen besteht, in welche zellige Elemente, Spindel- und Cylinderzellen eingelagert sind.

Sehr unvermittelt geht die eben beschriebene Veränderung in die der Duodenalschleimhaut über. Die letztere zeigt eine Erkrankung, die im Wesentlichen das Endproduct eines diphtherischen Processes sein dürfte, dessen Intensität und Extensität nach abwärts rapide zunimmt. Die Mucosa ist nämlich in nahezu ganzer Ausdehnung nekrotisirt und weist nur im Anfang ziemlich häufige, bald aber an Zahl stark abnehmende, schliesslich ganz aufhörende Einlagerungen von Drüsen auf. Diese Drüsen liegen zu mehreren zusammen und werden von grösseren Schichten undifferenzirten Gewebes umgeben. Sie sind gross, ihr Lumen stark erweitert, ihre Auskleidung erfolgt durch Cylinderzellen, die aber ähnlich wie in den Drüsen der Magenschleimhaut von ihrer charakteristischen Gestalt schon viel eingebüsst haben, ihre Kerne sind blass gefärbt, gequollen, vielfach nicht ganz regelmässig begrenzt, sie liegen auch nicht immer an der Wand des Schlauches, sondern sind, namentlich die von ihnen, welche am stärksten verändert sind, in das Innere verlagert, füllen auf diese Weise mit anderen, durchsichtig glasigen, fibrinösen, wohl Zerfallsproducte darstellenden Substanzen das Lumen aus. Auch das Zwischengewebe nimmt an dieser hyalinen Degeneration theil und die Verstärkung beider Veränderungen d. h. Abnahme der Drüsen und Hyalinerwerden ihrer Zellen einerseits, Kernverlust und Hyalinerwerden des Zwischengewebes andererseits gehen miteinander parallel. Abwärts werden, wie schon erwähnt, die Drüsenschläuche immer seltener, die ganze Schleimhaut des Duodenum besteht ausschliesslich aus grobfaserigem, in parallelen Bündeln verlaufendem Gewebe, das nur hie und da noch Reste vereinzelter Zellen und Kerne einschliesst. Nahezu völlig structurlos wird diese Schicht an der Stelle, wo die Atresie des Duodenum eine vollständige geworden ist.

Was die Musculatur des ganzen bisher geschilderten Darmtractus anbetrifft, so zeigt dieselbe im Magen, abgesehen von einer ziemlich starken Hypertrophie, am Pylorus keinerlei Veränderungen. Auch die bindegewebigen Theile der Magenwand, namentlich die Blutgefässe verhalten sich durchaus normal. Vom Pylorus abwärts dagegen ändert sich dieses Verhältniss ganz plötzlich. Während noch die letzten Partien der Pylorusmusculatur kernreich und von völlig gesundem Aussehen sind, wird mit einem Schlage beim Beginn des Duodenum die Musculatur kernarm und blass. Abwärts nehmen auch diese Veränderungen an Intensität zu, so dass an den stärkst veränderten Stellen des Duodenum die Trennung von der nekrotischen Schleimhaut nicht mehr mit Sicherheit möglich ist.

Der ganze Krankheitsprocess findet sich an dem distalen d. h. jenseits der Atresie gelegenen Theil des Duodenum wieder, er ist hier aber weniger stark entwickelt als im Anfangstheil des Duodenum, und es finden sich unter den drüsigen Elementen auch solche, welche der Norm bereits sehr nahe stehen. Sehr bald hört dann die Erkrankung ganz auf, die Schleimhaut des Dünndarms ist völlig normal.

In den beschriebenen, krankhaft veränderten Darmtheilen handelt es sich also zweifellos um eine Entzündung der Schleimhaut des Magens und Duodenum, die an den am stärksten betroffenen Partien zur völligen Zerstörung der Mucosa und dem Verschluss des Duodenum geführt hat.

Für die Stelle des Verschlusses scheint bei der verhältnissmässig gleichen Intensität der Veränderung im ganzen Duodenum die Einmündung des Ductus choledochus maassgebend gewesen zu sein. Die Absonderung des Meconium und die dadurch hervorgebrachte Füllung des Darms hat eine Verklebung der Darmwände an einer unterhalb dieser Mündung gelegenen Stelle wohl sicher verhindert, während die Leere des proximalen Theiles der Verschmelzung durch Berührung der Wandungen eher Vorschub leisten musste.

Was als Ursache der Entzündung anzusehen sei, dürfte schwer zu entscheiden sein. Eine andere Möglichkeit als die Infection auf dem Blutwege von Seiten der Mutter ist ja eigentlich ausgeschlossen. Welcher Art aber dieselbe gewesen, entzieht sich bei dem Mangel jeder anamnestischen Angabe unserer Kenntniss vollkommen. Auch der Zeitpunkt des Beginnes der Erkrankung dürfte kaum zu eruiren sein. Färbung nach Gram und mit Löffler'schem Methylenblau liessen im Exsudat der entzündeten Theile ausschliesslich Coccen in ziemlich reichlicher Menge, in Haufen angeordnet erkennen. Dieselben aber als Erreger der Entzündung aufzufassen, dürfte doch mindestens gewagt sein.

Auf die Frage der Ernährung des Fötus bei dem absoluten Abschluss des Fruchtwassers vom Darmtractus möchte ich nicht näher eingehen, dieselben sind in der Discussion zwischen Ahlfeld, Fehling, Opitz u. A. zur Genüge besprochen worden.

Zum Schlusse sage ich Herrn Geheimen Medicinalrath Prof. Dr. Ackermann auch an dieser Stelle meinen besten Dank für die Ueberlassung des Falles zur Veröffentlichung.

Ein Fall von Symphyseotomie.[1])

Von Dr. *S. Flatau*, Frauenarzt in Nürnberg.

Meine Herren! Wer die Discussion über die Symphyseotomie bei Gelegenheit der Versammlung der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie in Breslau verfolgt hat, wird aus alledem Für und Wieder das haben herauslesen können, dass sich die Frage allmählich darauf zuspitzt: ob Kaiserschnitt aus relativer Indication, ob Schamfugenschnitt. Eine Frage, die meines Erachtens nur durch die Erfahrung d. h. durch Sammlung und Sichtung eines grossen casuistischen Materials gelöst werden kann. Aus diesem Gesichtspunkte erlaube ich mir, Ihnen heute einen Fall von Symphyseotomie mitzutheilen.

Am 10. X. 93 4 Uhr Nachmittags wurde ich von Herrn Dr. Hähnlein zu einer Primipara gerufen. Die Kreissende, Frau K., von kleiner, schwächlicher Gestalt und gracilem Knochenbau, 21 Jahre alt, stand am normalen Ende ihrer Schwangerschaft; sie kreisste schon seit Sonntag; das Fruchtwasser war in der Nacht von Montag zu Dienstag abgeflossen. Die äussere Untersuchung zeigte I. Schädellage, Kopf beweglich über dem Beckeneingang. Herztöne kräftig, zwischen 140—150; Puls der Mutter beschleunigt 110, Hauttemperatur erhöht (eine exacte Messung wurde leider versäumt), Pupillen glänzend, worauf ich den behandelnden Collegen sogleich aufmerksam machte. Die Digitaluntersuchung ergab folgenden Befund: Muttermund nahezu verstrichen, geringe Kopfgeschwulst, das Promontorium leicht zu erreichen, die Conjugata diagonalis 9—9½ cm. Die mit dem Martin'schen Pelvimeter später genauer aufgenommenen Beckenmaasse waren folgende: Distantia Spin. 24,0, Crist. 27,5, Conjug. externa 18,0. Da die von mir vorgeschlagene Symphyseotomie zunächst abgelehnt wurde, wurde in Chloroformnarkose von Herrn Dr. Hähnlein die hohe Zange angelegt. Nach einigen kräftigen Tractionen zeigte sich indess die Erfolglosigkeit des Eingriffes. Nun wurde in die Sympyseotomie eingewilligt. Nachdem in kurzer Zeit die nöthigen Vorbereitungen getroffen waren, wurde dann die Operation unter Assistenz der Herren Collegen DDr. Hähnlein und Kirste in der nun beinahe typisch gewordenen Weise ausgeführt. Durchtrennung der Weichtheile des Mons veneris bis auf das Periost, beiderseitiges ca. 2 cm breites Loslösen des sehnigen Ansatzes der Mm. recti und nun Durchschneidung der knorpeligen Schamfuge mit einem dünnen Knopfmesser, die insofern nicht ganz leicht war, als es dunkel geworden und ich mehr auf den Tastsinn als auf das Auge angewiesen war. Während dieses letzten Actes wurde das Becken durch die Assistenz seitlich zusammengehalten. Die Blutung war im ersten Moment frappirend stark; eingedenk aber des Zweifel'schen Rathes versäumte ich keine Zeit mit Umstechen und Abklemmen, sondern tamponirte mit Jodoformgaze, worauf die Blutung fast sofort sistirte. Nun liessen die Assistenten in dem Maasse mit dem Seitendrucke nach, in welchem der Kindsschädel in das Becken trat: der Symphysenspalt erweiterte sich auf 4—5 cm, der Kopf langte auf dem Beckenboden an, wo er von Herrn Dr. Hähnlein durch den Forceps spielend leicht entwickelt wurde. Die Blutung war während dieses Theiles eine ganz unbedeutende. Nach erneuter Tamponade der Höhlenwunde wurde die Mutter verlassen und unsere ganze Aufmerksamkeit concentrirte sich auf das tief asphyktische Kind. Unseren gemeinsamen Bemühungen gelang es durch Schultze'sche Schwingungen, heisse und kalte Douchen, Einblasen von Luft in die kindliche Lunge, das Kind zum Leben zu bringen; freilich zeigte

[1]) Nach einem in der medicinischen Gesellschaft in Nürnberg gehaltenen Vortrag.

sich zugleich das Cheyne-Stockes'sche Athmungsphänomen, als dessen Ursache eine thalergrosse, sehr tiefe Impression auf dem rechten Seitenwandbein angesehen werden musste. Wir zweifelten nicht, dass diese Verletzung auf die Versuche mit der hohen Zange zurückzuführen war. In der Zwischenzeit hatte die Mutter die Placenta sammt Eihäuten spontan ausgestossen, und nun ging es an die Besichtigung der Geburtstheile: das rechte Crus clitoridis war etwas eingerissen, ebenso das Frenulum labiorum. Wenn die Weichtheilverletzungen in meinem Falle so gering ausgefallen sind im Vergleich zu denen anderer Symphyseotomien, so schreibe ich es dem Umstande zu, dass wir den Kopf nur ganz allmählich durch das Becken gleiten liessen.

Mit zwei starken Catgutfäden und starken Nadeln wurden sodann Periost und Knochen beider Symphysenenden vernäht, die Wundhöhle vor und hinter der Symphyse mit Jodoformgaze tamponirt und zuletzt die Weichtheile mit Seidenknopfnähten bis auf 2 cm vereinigt. Um das Becken wurden als Verband zwei handbreite Heftpflasterstreifen herumgelegt. Das Wochenbett gestaltete sich nun folgendermaassen: In den ersten Tagen traten Temperatursteigerungen bis zu 39° auf, bedingt durch eine geringe uterine Infection, die sich am vierten Tage in einem rechtsseitigen perimetrischen Exsudat consolidirte. Eine, ebenfalls nur auf die ersten Tage beschränkte Blasenincontinenz war wohl nur auf einen durch die Tractionen auf den Blasenhals ausgeübten Druck zurückzuführen. Das Kind starb 6 Stunden post partum; sein Tod ist für jeden Vorurtheilslosen mit der Symphyseotomie in keinerlei ursächliche Verbindung zu bringen. — Am 23. Tage liess ich die Patientin aufstehen: sie ging, wenn auch ängstlich und nach einer Stütze suchend, doch aufrecht und ohne Schmerzen. Abduction und Adduction, Heben und Senken der Oberschenkel lösten keine abnorme Beweglichkeit an der Symphyse aus. Nach weiteren 2 Wochen bewegt sich Patientin frei in ihrem Haushalt, steigt Treppen und springt auf meinen Wunsch von einem Stuhl beschwerdefrei zu Boden.

Meine Herren! Gestatten Sie mir noch einige epikritische Bemerkungen. Bei der Conjugata vera von kaum 8 cm kamen als geburtshilfliche Operationen, von der Perforation des lebenden Kindes abgesehen, nur die Symphyseotomie und die Sectio caesarea in Frage. Welches waren nun die Punkte, welche mich bestimmten, in diesem individuellen Falle nur an den Schamfugenschnitt zu denken?

I. Die äusseren Verhältnisse, unter denen operirt werden musste, waren die denkbar ungünstigsten: überaus beengter kleiner Raum und kein Licht.

II. Die erhöhte Hauttemperatur und der frequente Puls der Mutter liessen mit Wahrscheinlichkeit eine schon stattgehabte Infection vermuthen.

III. Nach dem Kaiserschnitt muss sich alle Aufmerksamkeit der Mutter zuwenden, das bedrohte Kind kann eventuell nur der Hebamme überlassen werden, während die Symphyseotomie es gestattet, die Mutter beliebig lange liegen zu lassen.

IV. Die Gefahr der Symphyseotomie ist bei einigermaassen vorsichtigem Operiren ausserordentlich viel kleiner als die des Kaiserschnittes.

V. Endlich muss ich im Gegensatz zu Chrobak die Ansprüche, welche die Symphyseotomie an das Instrumentarium und an die Technik des Arztes stellt, viel kleinere nennen als die des Kaiserschnittes. Dieser verlangt zu seinem Gelingen einen geübten Laparotomisten, jene nur einen chirurgisch vertrauten Arzt.

Fasse ich nun alles dieses zusammen, so komme ich zu folgender Schlussfolgerung: **Die Symphyseotomie sollte dann immer den Vorzug vor dem Kaiserschnitt erhalten, wenn**

1) **Hoffnung besteht, Mutter und Kind zu retten, d. h. nur bis zu einer Conjugata vera von 7 cm;**

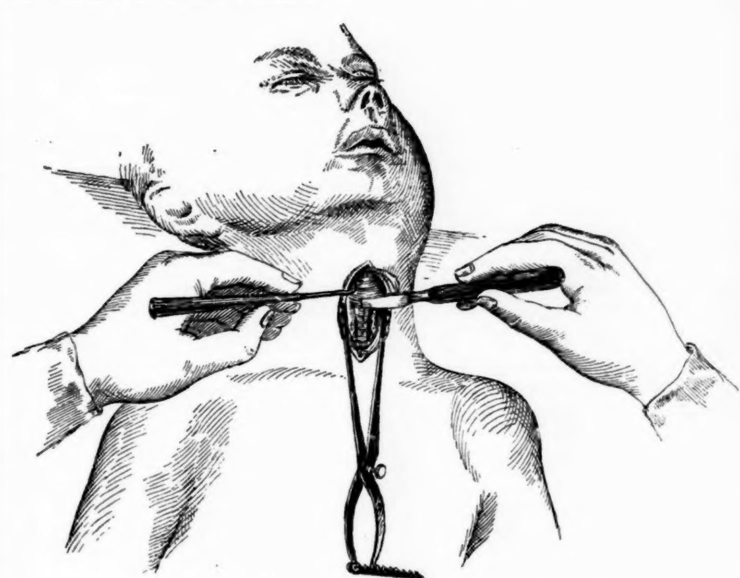
2) **die äusseren hygienischen Verhältnisse gegen eine Laparotomie sprechen;**

3) **Anzeichen bestehen, dass die mütterlichen Geburtswege schon inficirt sind.**

Eine neue chirurgische Doppelzange: „Sperr- und zugleich Greifzange“.[1])

Von Dr. *Kemperdick sen.* in Solingen.

Während einer fast 40jährigen reichen chirurgisch-operativen Thätigkeit in der hiesigen industriereichen Gegend habe ich in hohem Grade den Mangel eines guten und geübten Assistenten empfinden gelernt. Die Noth und ein glücklicher Zufall haben mich dazu geführt mir selbst ein Instrument zu construiren, welches den Assistenten ersetzt, so dass vermittelst desselben jeder Arzt im Stande ist mit Selbstvertrauen, ohne einen Assistenten, eine grosse Reihe blutiger Operationen, besonders solcher, welche einen sofortigen Eingriff verlangen und welche bisher aus Mangel eines Assistenten unterblieben, ausführen zu können.



Von der grossen Menge derartiger Operationen will ich nur den Kehlkopfschnitt und die Bruchoperation erwähnen, wegen deren unterlassener rechtzeitiger Ausführung tausende von Menschenleben jährlich zu Grunde gehen. Diese Operationen kann mit Benutzung meines Instrumentes jeder Arzt, ohne ein berufsmässiger Operateur zu sein, ohne einen Assistenten leicht und sicher ausführen.



Das Instrument soll bei den blutigen chirurgischen Operationen, wie z. B. bei den eben angeführten, zunächst als Sperrzange dienen. Es soll die Schnittwunde offen halten, um das Operationsfeld gut überschauen, die blutenden Gefässe selbst in Ruhe unterbinden und die Operationen sicher zu Ende führen zu können. Diese wichtigste Function des besten Assistenten hatte bisher der Assistent mit 2 Händen und 2 Haken auszuführen, welche 4 Theile dem Operateur meist sehr hinderlich waren; dieses besorgt nun mein Instrument und ist dadurch, dass es bei der Application flach auf dem Körper des Patienten aufliegt, in keiner Weise hinderlich: das Operations-

[1]) D. R. Patent 73074.

feld bleibt offen! Dem Operateur bleiben dadurch beide Hände zum Operiren frei und die Hände des Assistenten, die Stiele der Zangen und Haken hindern ihn nicht.

Wie der Sperr-Elevateur in der operativen Augenheilkunde eine grosse Umwälzung hervorgebracht hat, dadurch, dass er den natürlichen Spalt — die Lidränder — auseinanderhält und dadurch den Assistenten entbehrlich macht, so soll meine Sperrzange den künstlichen, vom Operateur gemachten, oder auf eine andere traumatische Art hervorgerufenen Spalt, die Wunde klaffen machen und auseinanderhalten, so dass der Chirurg ohne einen Assistenten sicher und ungehindert untersuchen und operiren, sowie die blutenden Gefässe unterbinden kann. Ich hege in dieser Beziehung die Hoffnung, dass mein Instrument in der operativen Chirurgie bald von derselben Wichtigkeit sein und dieselbe Anerkennung finden wird, wie der Sperr-Elevateur in der Augenheilkunde. Jeder Arzt, ob Civil- oder Militärarzt, besonders aber letzterer im Kriegsfalle, muss im Besitze meines Instruments sein; es ist das unentbehrlichste Instrument in jeder Verbandtasche.

Auf die leichteste Weise wird diese Sperrzange in eine Greifzange resp. Hakenzange, ein zweites ganz anderes Instrument, verwandelt, indem man die Schraube resp. den Nagel um einen Schraubengang zurück- resp. losschraubt. Auf diese Weise kann man dann das vordere Ende der rechten (weiblichen) Branche über das vordere Ende der linken (männlichen) Branche hinüberlegen, und man hat eine Greifzange, indem jetzt die Haken mit ihren Spitzen einander zugewandt sind. Dasselbe erreicht man, indem man in derselben Zeit die Schraube um etwas mehr wie einen Gang zurückschraubt, wodurch die beiden Branchen getrennt werden, und man dann die rechte Branche über die linke legt. Dass dieses so leicht möglich ist, liegt an der Construction des Schlosses. Es ist die schnelle Verwandlung des einen Instrumentes in das zweite oft für den Operateur von der grössten Wichtigkeit. Hat man z. B. eine Geschwulst (als Balg-, Fett-, Drüsen- etc. Geschwulst, bei deren Operation vorher das Instrument als Sperrzange gedient hat) aus der Umgebung losgeschält, so verwandelt man sofort die Sperrzange in die Greifzange, fasst die Geschwulst, zieht sie damit hervor und löst sie vollständig von der Basis ab. Sind dann Gefässe zu unterbinden und ist die Wunde zu reinigen, so hat man im Augenblick die Hakenzange wieder in die Sperrzange verwandelt, macht mit derselben die Wunde wieder klaffen, so dass man das Operationsfeld überschauen und die blutenden Adern unterbinden kann. Auch kann die Greifzange als Kugelzange, zur Tonsillotomie, als Mundsperrer etc. benutzt werden.

Bei allen chirurgischen blutigen Operationen sind die Blutungen das Wesentlichste, was den Arzt von den Operationen abhält und ihn vor denselben zurückschreckt, und die Stillung der Blutungen verlangt Schnelligkeit und Sicherheit, beides bietet ihm in hohem Grade mein Instrument.

Wie oben bemerkt worden, können die beiden Branchen des Instruments durch Drehung der Schraube um einen Gang rückwärts separirt werden und man hat dann zwei scharfe Haken. Dieselben haben aber einen wesentlichen Vortheil vor allen bis jetzt bestehenden scharfen Haken und zwar dadurch, dass die scharfen Spitzen nach unten und aussen in einem rechten Winkel zur Längsachse des Instrumentes stehen. Fasst ein Assistent die beiden Branchen mit den Händen und hält damit die Wundränder auseinander, bleibt er mit Händen und Haken dem Operateur um die Länge des Instrumentes aus dem Operationsgebiet und wird ihm nicht hinderlich. Denselben Vortheil hat dadurch auch die Greifzange. Durch ein Stück Gummi können die scharfen Spitzen cachirt werden, wozu man im Nothfalle auch ein Stück Kork etc. verwenden kann.

In meinem einfachen Instrumente hat der Arzt also vier verschiedene Instrumente, und indem er dasselbe seiner Verbandtasche zufügt, hat er den Trost verschiedenen grösseren, bisher gefürchteten Operationen mit Zuversicht allein, ohne einen Assistenten, entgegengehen zu können. Den Berichten der Herren Collegen über den Werth meines Instrumentes sehe ich mit Freuden und Dank entgegen.

Zur Behandlung der Epilepsie.[1])

Von *Konrad Alt.*

(Schluss.)

Meine Herren! Nächst den Giften im engeren und weiteren Sinne des Wortes kommen für die Aetiologie der exogenen Epilepsie hauptsächlich mechanische Einwirkungen, die entweder direct das Gehirn und seine Häute treffen oder indirect Reizung verursachen, in Betracht.

Schalten wir diejenigen Fälle, in denen durch intrakranielle Neubildungen — die entweder in den motorischen Windungen selbst oder doch in der Nachbarschaft ihren Sitz haben — Krämpfe bedingt werden, als nicht zur Epilepsie gehörig aus, so sehen wir uns doch genöthigt eine ganze Reihe von Kranken dazu zu rechnen, bei denen ein Trauma des Schädels — wie ja auch schon Hippokrates bekannt war — nach kürzerer oder längerer Zeit von epileptischen Anfällen gefolgt ist. Diese Anfälle tragen, wenn ich so sagen darf, eine Zeit lang corticales Gepräge, im Laufe der Zeit aber unterscheiden sie sich kaum mehr von der endogenen Form. Wie häufig Schädeltraumata die Ursache epileptischer Erkrankung abgeben, mögen Sie aus dem Umstande entnehmen, dass nach der vorerwähnten kleinen Statistik bei 9 von 75 in Anstalten untergebrachten Epileptikern, bei denen überhaupt eine Ursache zu ermitteln war, also in 12,15 Proc. der Fälle, Kopfverletzung voraufgegangen war. Auch unter den heute hier vorgestellten Kranken begegnen wir 2mal dieser Aetiologie, nämlich bei einem Gendarmen, der einen Sturz auf den Schädel erlitten hatte, und bei einem Bergmann, der verschüttet war. Gerade in unserer so industriereichen Provinz ist weit häufiger als anderswo Gelegenheit geboten, bei Unfallverletzten solche Formen zu beobachten und es ist selbst für den in solchen Fragen erfahrenen Sachverständigen häufig sehr schwer, nachträglich festzustellen, ob nicht doch etwa früher schon Epilepsie vorgelegen habe, oder ob dieselbe erst Folge des Unfalls sei.

Aber auch anderweitige, nicht den Schädel selbst treffende Verletzungen können Epilepsie hervorrufen. Bekannt ist, dass nach sehr schweren Verletzungen, z. B. doppelseitiger Beinamputation, wohl in Folge der äusserst hochgradigen sensiblen Reizung der Rinde Krämpfe auftreten. Aber selbst an und für sich unscheinbare Verletzungen, von denen längere Zeit hindurch ein ständiger Reiz auf eine bestimmte Rindenpartie ausgeübt wird, rufen im Laufe der Zeit eine anfänglich mehr circumscripte, allmählich aber allgemeinere Labilität des Gehirns hervor, so dass bei geringfügiger weiterer Veranlassung erst in dem zunächst betroffenen Muskelgebiet, dann aber auch in anderen Gebieten Krämpfe etc. ausgelöst werden. In solchen Fällen pflegt dem Anfall meist eine von der (druckempfindlichen) Narbe aufsteigende Aura voraufzugehen und einen Fingerzeig für die Diagnose und Therapie abzugeben.

Hiermit sind wir schon bei der sogenannten Reflexepilepsie angelangt, einer Erkrankung, die ihren Grund hat in einer durch anhaltende periphere Ueberreizung bedingten gesteigerten Convulsibilität der Rinde.

Es ist Ihnen bekannt, dass Entfernung von Ohren-, Nasen- und Stimmbandpolypen ein Aufhören schwerer epileptischer Anfälle zur Folge hatte. Sie wissen, dass der englische Augenarzt Dr. Stevens, der vor einer Reihe von Jahren bei Epileptikern mit Brillen und Muskeldurchschneidungen gute Erfolge erzielt hatte, allen Ernstes die Behandlung der Epilepsie ausschliesslich zur Domaine des Augenarztes gehörig betrachtete. Dass von cariösen Zähnen aus in Folge des starken Trigeminusreizes Anfälle ausgelöst werden können, ist wahrscheinlich Ihnen Allen aus eigener Praxis bekannt. Wie Veränderungen der Nasenschleimhaut mit dem Auftreten von Petit mal zusammenhängen, ersehen Sie bei dem heute vorgestellten Knaben S. Und so könnte ich noch eine ganze Reihe von Einzelheiten anführen. Beim weiblichen Geschlecht musste natürlich von Alters her der arme Uterus in erster Linie herhalten, was bei der übertriebenen Bedeutung, die diesem Organ nicht nur von dem Publicum, sondern auch von vielen Aerzten bei allen möglichen Erkrankungen des Nervensystems beigemessen wird, nicht weiter Wunder nehmen darf. Leider wird im Publicum vielfach das Heirathen als bestes Heilmittel gegen die Epilepsie angesehen; gegen diese folgenschwere Anschauung müssten wir Aerzte viel energischer zu Felde ziehen. Der Umstand, dass der erste Ausbruch der Anfälle häufig mit der Entwickelung zusammenfällt und dass die einzelnen Anfälle nicht selten gerade zur Zeit des Unwohlseins auftreten, findet seine Erklärung in der mit diesen Zuständen in Zusammenhang stehenden allgemeinen erhöhten Reizbarkeit des Nervensystems. Es mag ja ab und zu einmal ein uterines Leiden reflectorisch einen Krampfanfall auslösen, daraus folgt aber noch keineswegs, dass man jugendliche Epileptische ohne Weiteres dem Gynäkologen überantworten soll. Es sei hier erinnert an den Mahnruf des allzu früh verstorbenen

[1]) Vortrag, gehalten im Verein der Aerzte zu Halle a. S. am 13. December 1893.

Geheimrath Kaltenbach, der Frauenarzt soll nur im äussersten Nothfall eine gynäkologische Untersuchung bei einem jungen nervenkranken Mädchen vornehmen und sich jedesmal mit dem Nervenarzt in Verbindung setzen, denn gar zu leicht wirkt eine oder gar mehrmalige Untersuchung nachhaltig sehr schädlich auf das ganze Seelenleben ein. Dass durch die Anwesenheit von Würmern im Darmcanal und die dadurch bedingte andauernde Reizung schliesslich auch eine erhöhte Erregbarkeit der Rinde zu stande kommen und ein Krampfanfall ausgelöst werden kann, ist eine ziemlich allgemein anerkannte Thatsache.

Eine ganz hervorragende Bedeutung bei der Entstehung der Epilepsie und dem Zustandekommen epileptischer Anfälle, leichterer und schwerster Art, muss den Magen- und Darmerkrankungen zuerkannt werden. Ob es sich hierbei lediglich um starke peripherische Reizung im Vagosympathicusgebiet, oder vielleicht auch um Autointoxicationen handelt, muss vorderhand dahingestellt bleiben.

Kranke, bei welchen Magen- und Darmleiden causal in Betracht kommen, leiden meistens an ausgesprochener visceraler Aura.

Meine Herren! Wenn ich mich bei Aufzählung und Besprechung der ätiologischen Factoren, von denen natürlich auch mehrere gleichzeitig schädigend auf ein Individuum einwirken können, etwas lange aufgehalten habe, so rechtfertigt sich dies dadurch, dass ihre Kenntniss für eine rationelle Behandlung die nöthige Vorbedingung ist. „Einen Fall einmal sehen und eine Bromcur verordnen, ist eine höchst tadelnswerthe Nachlässigkeit“, sagt der schon erwähnte englische Neurologe Seguin[15]). Was demnach von einer en gros betriebenen „brieflichen“ Epilepsiebehandlung zu halten ist, überlasse ich dem Urtheile Anderer. Nur der mit den somatischen und speciell neurologischen Untersuchungsmethoden genau vertraute Arzt, der keine Mühe bei Erhebung der Anamnese und der Untersuchung des Kranken scheut, wird dauernde Erfolge aufweisen können. Werden körperliche Erkrankungen gefunden, so sind diese zunächst causal nach den entsprechenden Regeln zu behandeln. Dass man auf diese Weise Erfolge erzielen kann, lehren Ihnen die heute vorgestellten Kranken. Natürlich ist eine Behandlung nicht in ein paar Wochen abgethan, sie erstreckt sich häufig auf viele Jahre. Ist die Ursache beseitigt, dann gilt es, auch noch die schon länger bestehende Reizbarkeit des Gehirns direct zu bekämpfen. Und hiebei leistet das Bromkalium oft gute Dienste, während es vorher versagen musste. Aber auch die rein causale Behandlung vermag häufig bei scheinbar noch so schwerer Erkrankung dauernd Besserung zu erzielen, wie Ihnen folgender Fall, den ich im Jahre 1891[16]) veröffentlichte, beweisen mag:

Ein 17jähriger Mensch, welcher seit 3 Jahren an epileptischen Anfällen (ärztlich beobachtet) litt, nahm seit März 1890, nachdem Brombehandlung keinen Erfolg gehabt hatte, wegen ausgesprochener gastrischer Aura und einer zu der Zeit nachweisbaren starken salzsauren Superacidität (HCl-gehalt = 0,46 Proc.) regelmässig Natr. bicarbon. messerspitzenweise, sowie er die ersten Symptome merkte. Ausserdem wurde die Diät entsprechend regulirt. Die Anfälle blieben weg.

Der junge Mann dient jetzt, wie mir dieser Tage sein damaliger Meister mittheilte, im 3. Jahre bei einem Jägerbataillon, in das er als Freiwilliger eingetreten war. Ich könnte Ihnen ähnliche Beispiele in grosser Anzahl aufzählen.

Meine Herren! In denjenigen Fällen, in welchen die Kranken selber ihre Anfälle mit Magenleiden in Zusammenhang bringen und jedesmal vor dem Krampfanfall eine deutliche gastrische Aura verspüren, kann ich Ihnen die Magensonde nicht dringend genug empfehlen. Der Curiosität halber sei hier erwähnt, dass im Jahre 1864 ein Laie, der ebenso wie sein Sohn an gastrischer Epilepsie litt und durch eine selbst ausgedachte Diät genas, in einer Broschüre sich äussert: „Die Anwendung der Magenpumpe müsste nach meinem Dafürhalten am vorzüglichsten wirksam sein.“[17])

Wenden wir uns nunmehr zur Besprechung der medicamentösen Behandlung der Epilepsie, so müssen wir auch hier unterscheiden zwischen Mitteln, welche geeignet sind, den Ausbruch des einzelnen Krampfanfalles zu verhüten resp. den Anfall zu coupiren, und solchen, welche die allgemeine Gehirnreizbarkeit herabzusetzen im Stande sind. Es ist nicht möglich, die in die erste Gruppe gehörenden Mittel einzeln aufzuführen, weil je nach der Ursache verschieden vorgegangen werden muss.

Unter den Mitteln der zweiten Gruppe nimmt zur Zeit das Brom den ersten Rang ein. Die Tagesdosis kann schwanken zwischen 2—15 g, sie muss in jedem einzelnen Fall sorgfältig ausprobirt werden. Man sucht einen derartigen Grad von Bromvergiftung zu erzielen, dass eben die Reflexerregbarkeit des Gaumens und Schlundes schwindet. Hat man einmal die eben wirksame Dosis erreicht, so muss dieselbe Jahre lang beibehalten werden, weil sonst — wie bei unserem Fall 7 — wieder Anfälle auftreten. Auch darf man niemals plötzlich mit der Darreichung von Brom aufhören. Es empfiehlt sich, bei wohlhabenden Patienten das Medicament in einem Säuerling nehmen zu lassen. Man vergesse nicht, die Kranken zum fleissigen Baden anzuhalten, weil sonst zu leicht Akne u. dergl. auftreten.

Bestehen Complicationen von Seiten des Herzens, muss von Zeit zu Zeit durch Digitalis, Strophanth. etc. compensirt werden.

Ungemein reflexherabsetzend wirkt das Chloralhydrat, das leider nie längere Zeit ungestraft gegeben werden darf; doch wird man es im Stat. epileptic. nicht gut entbehren können. Auch Chloralamid, das wesentlich weniger gefährlich ist, thut gute Dienste. Bei nächtlichen Anfällen habe ich sehr guten Erfolg von dem durch Wildermuth gegen Epilepsie empfohlenen Amylenhydrat gesehen. Ich lasse in der Zeit, in der das Auftreten eines nächtlichen Anfalls zu gewärtigen ist, Abends 2—4 g nehmen. Bei den „Zahnkrämpfen“ der Kinder wird eine Dosis von $^1/_3$—1 g in Stärkeklysma mit grossem Erfolg gegeben.

Auch Opium pflegt per Klysma bei Kindern recht gut zu wirken.

Von den anderen Mitteln, speciell auch dem Atropin habe ich bislang nicht viel gesehen.

Dass man die allgemein roborirenden Mittel gegebenen Falls auch in Anwendung zieht, ist selbstverständlich.

M. H.! Wenn irgendwo individuelle Behandlung erforderlich ist, gilt dies bei dem Syndrom der Epilepsie. Allgemeine Regeln lassen sich nicht aufstellen, nur ist in allen Fällen nach Möglichkeit Fernhalten körperlicher und geistiger Schädlichkeiten geboten. Thee, Café, Tabak und Alkohol werden am Besten gänzlich entzogen; die Diät muss möglich reizlos sein. Aufenthalt in gesunder Luft, Beschäftigung mit nicht anstrengender und doch anregender Thätigkeit werden sicherlich von günstigem Einfluss sein.

Allen diesen Anforderungen können nur ärztlich geleitete, allen hygienischen Anforderungen entsprechende Anstalten gerecht werden.

Die allerwichtigste Aufgabe der Nervenärzte wird es sein, die mancherlei schwebenden Fragen über die Aetiologie dieser so erschreckend häufigen und überaus traurigen Krankheit durch unablässiges Studium zu lösen und vor Allem Aerzte und Laienpublicum dahin zu bringen, dass die allerersten Anfänge bei Zeiten in sachverständige Behandlung gegeben werden. Leider wird die Krankheit, der ein gewisses Odium anklebt, gewöhnlich so lange verschwiegen, bis keine gründliche Hilfe mehr möglich ist.

M. H.! Ich möchte noch mit ein paar Worten auf die Indication der Trepanation zurückkommen. Ich glaube, dass man nicht nur bei Hirnabscess und bei vorausgegangener Schädelverletzung zur Schädeleröffnung greifen soll, sondern dass auch — wie bei dem vorgestellten Knaben — bei der postpoliencephalischen Epilepsie schwerster Form ein solcher Eingriff gestattet ist. Nur dürfen wir uns nicht allzu kühnen Hoffnungen hingeben, denn die mechanische Insultirung des Gehirns, insbesondere während der Vernarbung, kann von Neuem zum Auftreten von Krämpfen Veranlassung geben. Unsere Erfahrung auf diesem Gebiete ist vorläufig noch recht gering.

---

[15]) l. c. p. 7.
[16]) Alt, Neurosen etc. Archiv für Psychiatrie. XXIV, H. 2.
[17]) C. Seiffert, „Epilepsie und deren Heilung“. Ansbach 1864, S. 55.

Feuilleton.

Die neue Arzneitaxordnung vom 4. Januar 1894.[1])

Die Arzneitaxordnung vom 16. December 1890 wurde unter Berücksichtigung der Abänderungen vom 22. December 1891 und 7. Januar 1893 neuerdings einer Revision unterzogen; zugleich wurde verfügt, dass nun alljährlich in Rücksicht auf die jeweilig eingetretenen Veränderungen der Materialpreise sowie auf die erzielten Bereicherungen des Arzneischatzes eine Revision der Arzneitaxordnung vorgenommen und veröffentlicht wird.

Die wesentlichen Aenderungen in der neuen Taxe sind folgende:

Den Staats- und Gemeinde- sowie allen öffentlichen Armen- und Krankencassen gegenüber findet weder eine Auf- noch Abrundung der Preise statt. Die schon eingeführten 10 Proc. des taxmässigen Preises werden fernerhin gewährt.

Bei den Aufgüssen und Macerationen erhöht sich der Preis von 20 auf 25 Pf.

Für Dispensation eines Arzneimittels oder einer Ordination überhaupt sind einschliesslich der Signatur, Tectur u. dergl. zu berechnen 10 Pf. Die für getheilte oder ungetheilte Pulver oder Species verwendeten Papierbeutel, Convolute etc. dürfen nicht mehr besonders berechnet werden, früher kostete das Convolut 5 Pf., der Sack mit Arbeit 15 Pf. Ungetheilte Pulver oder Species, welche Stoffe der Tabelle B oder C des Arzneibuches enthalten, sowie Kaliumchlorat dürfen nur in Pappschachteln oder in Gläsern abgegeben werden.

Für Anfertigung einer Masse zu Pillen sind jetzt Taxe bis zu 20 g: 10 Pf., für das Formiren der Pillen bis zu 30 Stück: 10 Pf., zusammen 20 Pf., früher 30 Pf., für je weitere 30 Stück wie bisher 10 Pf.; somit wurden die Pillen billiger.

Bei Pulvern wird jetzt für Verreiben crystallinischer und leicht zerreiblicher Körper, z. B. des Antipyrins, Chinins, Phenacetins u. dgl., soferne eine Mischung mit anderen Stoffen nicht stattfindet, 10 Pf. berechnet, bisher nichts.

Für Mischung von Pulvern 20 Pf., für Theilung von Pulvern inclusive Kapseln und Abwägens für jede Gabe 5 Pf., — bisher bis zu 5 Pulver alles in allem 30 Pf. — für je weitere 5 Pulver 10 Pf., Wachskapseln kosten 1 Pf. pro Stück mehr wie bisher, Capsul. amyl. 3 Pf. mehr (etwas theurer als bis jetzt).

Bei Salben, Saturation, Species, Stylis causticis, Suppositorien und Wägungen tritt keine Aenderung ein.

Die neue Taxe für Gläser mit Kork bis zu 10 g Inhalt ist 5 Pf., von 10—200 g Inhalt 10 Pf., für 200—400 g 15 Pf., 400—500 g 25 Pf., 500—1000 g 30 Pf. Die alte Taxe war etwas theurer: es kostete ein Glas bis zu 10 g Inhalt 10 Pf., bis zu 100 g Inhalt 15 Pf., bis zu 200 g 20 Pf. und für weitere je 100 g Inhalt 5 Pf. mehr.

Bei starken, eckigen farbigen Gläsern ist keine Preisänderung eingetreten, kosten aber auch weniger, da sie nur um die Hälfte höher als die weissen runden Gläser zu berechnen sind. Besonders wichtig ist jedoch folgende Aenderung: Bei Repetitionen, wenn die Gläser gereinigt zurückgegeben werden, darf nichts mehr für die Gläser in Ansatz gebracht werden, ausser für Dispensation 10 Pf., früher durfte man die Hälfte des angesetzten Glaspreises berechnen.

Die Pappschachteln wurden ebenso wie die Gläser billiger: Es kosten jetzt runde bis zu 10 g Inhalt das Stück 5 Pf., bis zu 50 g Inhalt 10 Pf., je weitere 50 g 5 Pf. mehr. Die Preise bis jetzt waren: bis zu 10 g Inhalt 10 Pf, bis zu 50 g 15 Pf., bis zu 100 g 20 Pf., bis 200 g 30 Pf.

Bei den Pulverschiebern erniedrigt sich der Preis für das Stück bis zu 10 Pulvern, von 15 Pf. früher, auf 10 Pf., die Steigerung von 5 Pf. für je weitere 10 Pulver ist die gleiche wie bisher.

Der Preis für Tiegel wurde gleichfalls vermindert; bis zu 10 g Inhalt kostet jetzt das Stück 5 Pf. gegen 10 Pf. früher, bis zu 50 g Inhalt 10 Pf. gegen 15 Pf.; je weitere 50 g Inhalt 5 Pf. gegen 10 Pf. früher.

Dagegen ging der Preis bei den Tiegeln mit Deckeln und bei den Porzellantiegeln zu Augensalben in die Höhe. Er berechnet sich jetzt auf das Doppelte obiger Tiegeltaxe, früher nur auf das Anderthalbfache.

Die Preise für die einzelnen Arzneimittel änderten sich in folgender Weise (insgesammt bei 21 Mitteln):

Billiger wurden:

		Neue Taxe	Alte Taxe
Acid. carbol. liquef.	10 g	10 Pf.	15 Pf.
Aether	10	5	10
Ammoniumbromat	10	15	20
Amylenhydrat	1	10	15
Argent. nitr.	1	30	40
Cort. Condurango	10	10	15
Cubebae	10	30	50
Extr. Chinae aqu.	1	10	15
„ Condurango fluid.	10	20	30
Extr. filicis	1	25 Pf.	35 Pf.
Gummi arabic.	10	30	40
Jodoform	10	100	120
Kaliumpermanganat	10	5	10
Mucil. gummi arab.	10	15	20
Sacch. lactis	100	60	120

Theurer wurden:

		Neue Taxe	Alte Taxe
Aqu. menth. pip.	100 g	30 Pf.	20 Pf.
Chinin muriat.	1	20	15
Extr. hydr. fluid.	10	30	25
Fol. Menth. pip.	10	15	10
Menthol	1	15	10
Tinct. gentianae	10	15	10

Zur besseren Illustrirung der geänderten Preise seien noch folgende Recepte angefügt.

Alte Taxe			Neue Taxe	
Calomel	5 Pf.	Rp. Calomel 0,03	Calomel	5 Pf.
Zucker	3	Sacch. alb. 0,5	Zucker	3
Pulver	30	Dent. tal. Doses No. V.	Pulver	25
Wägung	6		Mischung	20
Convolut	5		Wägung	6
	50 Pf.		Dispens	10
				69 Pf.
Calomel	5 Pf.	D. t. D. No. X.	Calomel	5 Pf.
Zucker	3		Zucker	3
Pulver	40		Pulver	50
Wägung	6		Mischung	20
Convolut	5		Wägung	6
	60 Pf.		Dispens	10
				94 Pf.
Antipyrin	75 Pf.	Antipyrin 1,0	Antipyrin	75 Pf.
Pulver	30	D. t. D. No. III.	Pulver	15
Convolut	5		Dispens	10
	1.10 Pf.			1.00 Pf.
Antipyrin	1.25 Pf.	D. t. D. No. V.	Antipyrin	1.25 Pf.
Pulver	30		Pulver	25
Convolut	5		Dispens	10
	1.60 Pf.			1.60 Pf.
Antipyrin	2.— Pf.	D. t. D. No. X.	Antipyrin	2.— Pf.
Pulver	40		Pulver	50
Convolut	5		Dispens	10
	2.45 Pf.			2.60 Pf.
Chloroform	5 Pf.	Rp. Chloroform 1,0	Chloroform	5 Pf.
Wasser	10	Aqu. dest. 200,0	Wasser	10
Wägung	6		Wägung	6
Glas	38		Glas	23
	60 Pf.		Dispens	10
vitr. relat.	40			54 Pf.
			vitr. relat.	31
Chloroform	5 Pf.	2,0/300,0	Chloroform	5 Pf.
Wasser	15		Wasser	15
Wägung	6		Wägung	6
Glas	45		Glas	23
	75 Pf.		Dispens	10
vitr. relat.	50			59 Pf.
			vitr. relat.	36 Pf.
Chloroform	6 Pf.	4,0/500,0	Chloroform	6
Wasser	25		Wasser	25
Wägung	6		Wägung	6
Glas	60		Glas	45
	1.00 Pf.		Dispens	10
vitr. relat.	70			92 Pf.
			vitr. relat.	47
Chloroform	9 Pf.	6,0/1000,0	Chloroform	9 Pf.
Wasser	40		Wasser	40
Wägung	6		Wägung	6
Glas	90		Glas	45
	1.45 Pf.		Dispens	10
v. relat.	1.00			1.10 Pf.
			vitr. relat.	65
Salz	30 Pf.	Rp. Sal. therm. factit 100,0	Salz	30 Pf.
Dispens	15	D. ad chartam	Wägung	3
	48 Pf.		Dispens	10
				43 Pf.

[1]) Nach einem Vortrag, gehalten im ärztlichen Localverein zu Nürnberg von Dr. Sigmund Merkel.

Alte Taxe			Neue Taxe	
Salz	60 Pf.	Sal. therm 200,0	Salz	60 Pf.
Wägung	3	ad scatul	Wägung	3
Schachtel	30		Dispens	10
	95 Pf.		Schachtel	25
				98 Pf.
Scat. relat.	80 Pf.		Scat. relat.	73 Pf.

Wenn wir über die Abänderungen, welche durch die neue Arzneitaxordnung eingetreten sind, ein kurzes Resumé geben, kommen wir zu folgenden Resultaten:

I. Bei abgetheilten Pulvern nach der neuen Taxe tritt eine Erhöhung des Preises um 14 Proc. ein, nur kommen 2—4 Pulver nach der neuen Taxe billiger als nach der alten.

Abgetheilte Pulver werden in Nürnberg 13—15 Proc. der Gesammtrecepte verordnet.

II. Bei den gemischten Pulvern, Salben, Pillen, Linimenten, Mixturen, Lösungen wie Carbol, Borsäure tritt nach der neuen Taxe eine Minderung von 8,04 Proc. ein; sobald die Gefässe mitzurückgebracht werden, tritt sogar eine Minderung von 17,5 Proc. ein. Die Gefässe dürfen eben, wenn sie gereinigt zurückgebracht werden, überhaupt nicht mehr in Rechnung gesetzt werden, während früher sie jedesmal zum halben Preis berechnet wurden.

Referate u. Bücher-Anzeigen.

Dr. E. Gräber: **Leitfaden der klinischen Diagnostik von Blut, Auswurf und Harn.** Nach dem Tode des Verfassers beendigt und herausgegeben von Dr. K. Kannenberg. Basel, 1892. Preis 5 M.

Durch ein Versäumniss hat der vorliegende schon vor über Jahresfrist erschienene Leitfaden in diesen Blättern noch keine Besprechung erfahren. Wir glauben aber eine solche dem früh dahingegangenen um die klinische Mikroskopie hochverdienten Verfasser unbedingt schuldig zu sein, nicht nur aus Rücksichten der Pietät, die gerade dem Referenten sehr nahe liegen, sondern bestimmt durch den wissenschaftlichen Werth von Gräber's literarischer Hinterlassenschaft. Wir müssen es dem Herausgeber danken, dass er die aus gründlichen Untersuchungen und aus reicher Erfahrung am Unterrichtstische hervorgegangenen Aufzeichnungen des Verfassers geordnet, vervollständigt und somit vor dem Untergange bewahrt hat.

Wie die Aufschrift des Buches besagt, erstreckt sich dasselbe nicht auf die gesammte Mikroskopie am Krankenbette; es beschränkt sich auf die weitaus wichtigsten Capitel derselben. In diesen aber merkt man auf jeder Seite, dass der Verfasser nicht nur über die Erfahrungen Anderer berichtet, sondern dass er, vielleicht mit wenigen Ausnahmen, die sich auf grosse Seltenheiten erstrecken, sich durch eigene Prüfung sein Urtheil gewonnen und dass er sich als Lehrer einen tieferen Einblick in die Bedürfnisse des Lernenden verschafft hat. Vertraut mit den letzteren, ein Meister der klaren Darstellung in knapper Form und strenger Gliederung des Stoffes, schildert G. die erprobten Untersuchungsmethoden, das physiologische Verhalten der von ihm behandelten Objecte und die pathologischen Veränderungen derselben, um dann den Leser in die daraus sich ergebenden diagnostischen Schlussfolgerungen einzuführen. Zielbewusste Betonung und scharfe Abgrenzung der charakteristischen Merkmale, verbunden mit Prägnanz des Ausdruckes, zeichnen ganz besonders die differentialdiagnostischen Abschnitte des Buches aus; diese können daher dem Lernenden als zusammenfassende Recapitulationen, dem in der Praxis Thätigen aber zu rascher Orientirung besonders empfohlen werden.

Wenngleich seit den Aufzeichnungen des Verfassers manche Anschauung sich etwas verschoben hat und einzelne Methoden durch neue überholt worden sind, so wird doch der durch seine Handlichkeit, Kürze und Klarheit ausgezeichnete Leitfaden Gräber's seinen Platz in den Büchersammlungen noch lange behaupten als eine grundlegende Zusammenfassung des derzeitigen Wissens; und wer sich die Mühe nimmt, das Büchlein genau durchzulesen, wird da und dort manchen neuen praktischen Wink, manche neue eigenartige Ansicht vertreten finden. Stintzing.

Prof. Dr. Th. Ziehen: **Leitfaden der physiologischen Psychologie in 15 Vorlesungen.** Mit 21 Abbildungen. Zweite vermehrte und verbesserte Auflage. Jena, S. Fischer, 1893. 220 Seiten.

Bei aller Kürze und Beschränkung auf das Nothwendigste liest sich diese treffliche Broschüre, deren erste Auflage in 2 Jahren vergriffen war, sehr leicht; die Darstellung ist eine klare und übersichtliche. Seinen Gegenstand definirt der Verfasser als: die psychischen (d. h. bewussten) Vorgänge mit hirnphysiologischen Parallelvorgängen. Damit hätte er eigentlich auf eine Erklärung des Spiels der psychischen Phänomene verzichtet, denn die bewusst werdenden Vorgänge der Hirnrinde bilden nur eine Minderzahl und sind grösstentheils abhängig von den unbewusst bleibenden, werden aber von keiner anderen Wissenschaft in der hier nothwendigen Ausdehnung studirt. Indess hält sich Ziehen nicht so genau an die angedeuteten Grenzen. Reflexe und automatische Acte kommen so viel als nöthig zur Besprechung und Associationsreihen nehmen auch bei ihm unter Umständen ihren Weg über latent bleibende Erinnerungsbilder oder werden sonst von letzteren beeinflusst. Das Buch hält sich somit auch in dieser Beziehung auf der Höhe der Wissenschaft. Bleuler.

Neueste Archive und Zeitschriften.

Archiv für Gynäkologie. 46. Band, 1. Heft.

1) S. Gottschalk-Berlin: **Das Sarkom der Chorionzotten**; nebst Bemerkungen über das Wesen der bösartigen Geschwülste im Allgemeinen. (Mit 11 Abbildungen auf 6 Tafeln.)

G. theilt zunächst die Krankheitsgeschichte der 42jährigen Frau B. mit, bei welcher sich im Anschluss an einen Abort äusserst starke und hartnäckige, keiner Therapie (Uterustamponade, Excochleation) auf die Dauer weichende Blutungen eingestellt hatten; sehr rasch gesellten sich Allgemeinerscheinungen hinzu, in erster Linie Hustenanfälle und unstillbares Erbrechen. Aus der (durch Laminaria dilatirten) Gebärmutterhöhle wurden (und zwar von der Gegend der ursprünglichen Placentarstelle) reichliche Mengen mässig weicher, kleinknotiger bis haselnussdicker Massen, scheinbar aus Zotten und Deciduagewebe zusammengesetzt entfernt; hiebei zeigte sich, dass die Geschwulst tief in die Musculatur eingedrungen war. Nachdem die mikroskopische Untersuchung eine sarkomatöse Neubildung der Placentarzotten dargethan hatte, wurde die vaginale Totalexstirpation ausgeführt. Dieselbe hatte den Erfolg, dass Patientin zunächst, ca. ein Vierteljahr fast völlig gesund war; dann aber traten schwere Erscheinungen von Seite der Nieren, der Lungen und des Gehirns auf, die rasch zum Tode führten. Die Section zeigte grosse metastatische Knoten (mit Blutergüssen) in der rechten Niere, dem rechten Unterlappen, der Milz (keine Gehirnsection).

Auf die nun folgende detaillirte Darstellung der pathologischen Untersuchung und die Besprechung der übrigen von Eitheilen ausgehenden Neubildungen (destruirende Placentarpolypen, Mola hydaditosa destruens, Sarcoma deciduocellulare, Sarcoma chorii myxomatodes u. A.) kann hier nicht eingegangen werden. Es sei hier nur Folgendes betont: Das Sarkom der Chorionzotten nimmt seinen Ausgang von, nach Ausstossung des nichtmyxomatösen Eies, in lebensfähigem Zustand zurückgebliebenen, bis dahin nicht veränderten Placentarzotten; also in unmittelbarem Anschluss an einen Abort. Die Geschwulst setzt sich aus neugebildeten Zottenstämmen zusammen, die sich von normalen Zottenstämmen zunächst nur durch ihre auffallende Stärke und Plumpheit unterscheiden; mit den aus ihnen hervorgegangenen rundlichen Geschwülstchen (pathologische Placentarzotten neuer Bildung) gibt die Geschwulst ungefähr das Bild der Traubenmole; aber schon beim Durchschneiden der Geschwülstchen tritt der Unterschied hervor: beim Chorionzotten-Sarkom handelt es sich nicht um mit Schleim gefüllte Bläschen, sondern um eine durchweg solide Neubildung. Mikroskopisch stellt sich die Geschwulst als eine grosszellige Neubildung dar, welche Stroma und Epithel der Zotte in gleicher Weise betrifft, wobei besonders der übermässige Chromatinreichthum der Kernsubstanz des Zottenepithels bemerkenswerth ist. Klinisch erweist sich die Neubildung als malign durch das sehr rasche Auftreten localer Recidive auch nach gründlicher Ausräumung, ferner durch die früh eintretende Kachexie (Toxinwirkung) und die auf dem Wege der Blutbahn frühzeitig in entfernten Organen erfolgenden Metastasen; diese letzteren stimmen histogenetisch mit der Primärgeschwulst überein und setzen sich wie diese aus bösartig veränderten Zotten zusammen. Die Metastasen sind aus Geschwulstembolis, aus verschleppten Geschwulstzellen oder fortpflanzungsfähigen Theilen derselben hervorgegangen; die umgebenden Organgewebe werden dabei nicht bösartig umgewandelt, es findet keine Entwicklung von Geschwulstzellen (Zotten) aus den Gewebszellen der Organe statt.

In praktischer Beziehung ergibt sich: in verdächtigen Fällen (sehr grosse und schwere Traubenmole, Abort mit andauernden Blu-

tungen) den Uterus zu erweitern und die Placentarstellen auszutasten, dort nachweisbar morsches Gewebe mit dem Fingernagel auszukratzen und aus der Tiefe stammende Theile mikroskopisch zu untersuchen. Therapeutisch kommt nur die möglichst frühzeitige Totalexstirpation in Betracht.

In einem Schlusscapitel entwirft G., von seinem Falle ausgehend, eine neue Theorie von der Aetiologie der bösartigen Neubildungen. In seinem Falle flottirten die Zotten in venösem Blut; eine natürliche Folge davon ist, dass sich in den Zellen Verbrauchsstoffe, chemisch toxisch wirkende Substanzen aufspeichern, welche sich vorwiegend in der Kernsubstanz ansammeln und auf dieselbe einen pathologischen Reiz ausüben; durch intranucleäre Lebensvorgänge ändert weiter das Kernkörperchen seine Eigenschaften, es wird zum „befruchteten“ zum Keimkörperchen. Der Kern aber, bezw. das Kernkörperchen ist der Träger der Fortpflanzung und Vererbung der Eigenschaften. Eine ursprünglich normale Zelle ist so durch Ernährungseinflüsse zur bösartigen Zelle geworden und pflanzt sich fort durch Proliferation des Kerns und „Befruchtung“ des Kernkörperchens.

2) M. Landau: **Ueber abdominale und vaginale Operationsmethoden.** (Aus dem gynäk. Institut Dr. Jacobs in Brüssel.)

Für eine Anzahl Exstirpationsoperationen ist und bleibt der abdominale Weg der geeignetste; für eine grosse Gruppe aber (chron. Erkrankungen der Adnexe, kleine Ovarialtumoren, Neubildungen des Uterus etc.) bietet sich ausserdem ein zweiter Weg: die vaginale Operation. Verf. erörtert nun die Vorzüge und Nachtheile beider Verfahren und entscheidet sich schliesslich für das letztere; abgesehen davon, dass Diagnose, totale oder partielle Exstirpation ebenso gut durchführbar sind wie bei abdomineller Methode, dass ferner manche Nachtheile letzterer (Bauchnarbe und Ventralhernie, schwierige Drainage, grössere Infectionsgefahr etc.) wegfallen, spricht für die vaginale Operation die geringere Mortalität (4,4 Proc. gegen 5,59) und bessere Aussicht auf dauernde Heilung. Verf. verbreitet sich sodann über die Indicationen für die vaginalen Operationen und die verschiedenen Operationsmethoden (einseitige und doppelseitige Adnexabtragung, Exstirpation des Uterus, Klammerbehandlung etc.), wobei das jeweils benöthigte Instrumentarium ausführlich angegeben wird.

3) O. Feis: **Ueber die Wirkung des im mütterlichen Blut angehäuften Harnstoffs auf Uterus und Fötus.** (Aus der Univers.-Frauenklinik in Göttingen.)

Aus den Thierversuchen des Verfassers geht hervor, dass im mütterlichen Blut angehäufter Harnstoff Uteruscontractionen nicht hervorruft; dass derselbe dagegen durch Uebergang auf die Frucht, dieselbe zum Absterben bringt; in einem Versuche betrug die Harnstoffmenge in den Geweben des Fötus 0,859 Proc. (normal 0,01 Proc.!). Es scheint deshalb die Annahme gerechtfertigt, dass das Absterben zahlreicher Föten bei der Eklampsie nicht nur auf Asphyxie, sondern vielleicht auf der Giftwirkung der retinirten Harnbestandtheile beruht.

4) Abel: **Zur Technik der vaginalen Uterusexstirpation.** (Aus Dr. Abel's Privat-Frauenklinik in Berlin.)

A., ein überzeugter Anhänger der Richelot'schen Methode der Totalexstirpation (Klammerverfahren), gibt zunächst eine detaillirte und sehr anschauliche Darstellung der Operationstechnik und der sehr einfachen Nachbehandlung, und sodann eine Kritik derselben im Vergleich zu der vaginalen Totalexstirpation mit Schnitt und Unterbindung. A. findet bemerkenswerthe Vorzüge der Klemmmethode in der in einfachen Fällen überraschenden Leichtigkeit und Schnelligkeit der Ausführung (kurze Narkose), dem sehr geringen Blutverlust während der Operation und der Seltenheit von (eventuell übrigens unschwer zu bekämpfenden) Nachblutungen; Nebenverletzungen sind zum mindesten sehr selten, bei genügender Uebung sogar ganz zu vermeiden; die Mortalität ist geringer als jene der meisten der Schnittmethode sich bedienenden Operateure (unter 79 Fällen von Landau und 14 von Abel 5 Todesfälle = 5,4 Proc.; dabei können einige der Todesfälle der Methode nicht zur Last gelegt werden); endlich hält A. die Operation noch für ausführbar in Fällen, welche nach den bisherigen vaginalen Methoden nicht mehr operabel sind, und glaubt derselben eine grössere Sicherung vor Recidiven vindiciren zu dürfen. Ueber letzteren Punkt sind die Acten noch nicht geschlossen, theils wegen der noch nicht genügend langen Beobachtungsdauer, theils wegen des zu verschiedenartigen Materials, bezw. des verschiedenen Standpunkts der Operateure der Frage gegenüber, wann ein Uteruscarcinom noch (radical) operabel ist, endlich wegen der wechselnden und im Einzelfall vorher nicht mit Bestimmtheit festzusetzenden Ausbreitungsart des Carcinoms, indem selbst bei noch völlig auf die Portio beschränktem Krebs schon Keime in die Nachbarschaft näher oder weiter (embolisch) verschleppt sein können, wie ein mitgetheilter Fall A.'s neuerdings darthut.

Eisenhart-München

Vereins- und Congress-Berichte.

XI. internationaler medicinischer Congress

zu Rom vom 29. März bis 5. April 1894.

(Originalbericht.)

I.

Die Erwartung, dass Rom als Sitz des internationalen medicinischen Congresses eine ausserordentliche Anziehungskraft ausüben werde, hat sich vollauf bestätigt. So gross ist die Zahl der inscribirten Congresstheilnehmer, dass selbst die an einen gewaltigen Fremdenverkehr gewöhnte Weltstadt völlig davon beherrscht wird: Rom steht unter dem Zeichen des Congresso medico.

Der eigentlichen Eröffnung des Congresses am 29. ds. ging am Mittwoch den 28. die Eröffnung der internationalen Ausstellung für Medicin und Hygiene voraus, die um 10 Uhr Vormittags ohne weitere Ceremonie durch einen Rundgang des Ministers Crispi erfolgte. Als Ausstellungslocal dienen die schönen Räume des Palazzo dell' Esposizione di belle Arti in der Via Nazionale.

Nach der gediegenen und nach rein wissensaftlichen Gesichtspunkten arrangirten Ausstellung, die mit dem internationalen medicinischen Congress in Berlin verbunden war, hat die dermalige einen schweren Stand; es wird wohl auch kaum beabsichtigt gewesen sein in Concurrenz mit jener zu treten und ein annähernd vollständiges Bild von dem zu geben, was die Technik auf dem Gebiete der Hygiene und Medicin heute zu leisten vermag. Auch kann die Ausstellung auf das Prädicat einer internationalen nur bedingt Anspruch erheben, da gegenüber italienischen und deutschen Ausstellern die anderen Länder allzu sehr in den Hintergrund treten. Wenn somit ein strengerer Maassstab an diese Ausstellung auch nicht angelegt werden darf, so bietet dieselbe doch mancherlei Interessantes. Besondere Hervorhebung verdient vor Allem die vom Deutschen Reichsgesundheitsamte arrangirte Gruppe, welche eine Auswahl hervorragender hygienischer Anlagen Deutschlands, so die Wasserwerke von Berlin, Hamburg, Elsass-Lothringen, die Canalisation, die Desinfectionsanstalt in Berlin, Heizungs- und Ventilationseinrichtungen des neuen Reichstagsgebäudes etc., theils in Plänen theils in Modellen, zur Anschauung bringt. In Anschluss hieran erwähnen wir die von München eingesandten Darstellungen der dortigen Canalisation und der Typhusmortalität und -Morbidität in Stadt und Krankenhäusern, ferner Gruppen deutscher wissenschaftlicher Institute, wie die Sammlung ausgezeichneter Mikrophotogramme von Karg und Schmorl aus dem pathologischen Institute zu Leipzig, die Ausstellung orthopädischer Apparate der Dr. Hoffa'schen Privatklinik in Würzburg, etc. Von italienischen Ausstellungsobjecten darf das Modell der grossartigen Hospitalsanlage des Policlinicum nicht unerwähnt bleiben. Von hohem Interesse ist auch die kleine aber gewählte Ausstellung von antiken medicinischen Instrumenten und Apparaten und von Handschriften der grossen italienischen Mediciner früherer Jahrhunderte. Sehr erschwerend für das Studium der Ausstellung ist das Fehlen eines Kataloges.

Am Abende des gleichen Tages fand in denselben Räumlichkeiten des Ausstellungspalastes Empfang und gegenseitige Begrüssung der Mitglieder — soweit bei der erdrückenden Ueberfüllung der Säle hiervon die Rede sein konnte — statt.

Die Eröffnungssitzung.

(Referent: Dr. Spät-Ansbach.)

Die feierliche Eröffnungssitzung des Congresses wurde am 29. März 10 Uhr Morgens in Anwesenheit I. M. M. des Königs und der Königin von Italien im Costanzi-Theater, dem schönsten und grössten Theater Roms, abgehalten.

Die Reihe der officiellen Reden eröffnete Ministerpräsident **Crispi:** Es sei eine grosse Ehre für sein Vaterland, so viele Männer von höchster Wissenschaft und Erfahrung hier vereinigt zu finden und gastlich empfangen zu können. Die Kunst der Aerzte strebe auf zwei Wegen die Gesundheit der Menschen zu befördern: der erste Weg bezwecke, Krankheiten vorzubeugen, der zweite, dieselben zu bekämpfen. Möge das Streben

der Aerzte stets eifrigst dahin gehen, vermittels der Hygiene den menschlichen Gesundheitszustand zu verbessern, indem sie Luft und Boden saniren und die Krankheiten durch heilende und stärkende Arzneien bekämpfen. Die Arbeiten des Congresses werden mit Dank entgegen genommen werden und durch sie von Rom aus das befruchtende Wort des Friedens, die Nothwendigkeit und die Hoffnung der modernen Menschheit erklingen.

Hierauf hiess Prof. Dr. med. **Baccelli,** Minister des öffentlichen Unterrichtes, die Gäste in einer lateinischen Ansprache willkommen. Wie im vergangenen Jahre bei den Genueser Festlichkeiten zu Ehren Columbus' fast sämmtliche Regierungen der Welt Schiffe schickten, seien heuer zur Theilnahme am Congresse aus allen Ländern die berufensten Vertreter der Wissenschaft nach Rom geeilt. Hier auf klassischem Boden fühle sich Niemand fremd. Der denkwürdige Spruch der Alten: „Salus populi suprema lex esto“ wird von dem ärztlichen Stand stets hochgehalten werden. Er begrüsse die gelehrten Gäste aufs herzlichste, ihnen zu Ehren seien die beiden Majestäten hier erschienen, sämmtliche Behörden der Regierung und der Stadtverwaltung vertreten. Es sei ihm die grösste Freude, im Auftrage und Namen des Königs hiemit den XI. internationalen medicinischen Congress zu eröffnen.

Nach dieser mit grösstem Beifall aufgenommenen Rede begrüsste der Bürgermeister Roms, Fürst **Ruspoli,** im Namen der Stadt die Gäste; hernach machte der Generalsecretär Prof. **Maragliano** - Genua nachfolgende Mittheilungen: Die eingegangenen Anmeldungen wissenschaftlicher Vorträge haben die bedeutende Ziffer von 2700 erreicht, was fast das Vierfache der Zahl des letzten Congresses ausmacht. Auch die eingeschriebenen Congress-Mitglieder belaufen sich auf eine in allen früheren zehn Internationalen Congressen noch nie dagewesene Ziffer. Die Collegen der ganzen Welt haben dazu beigetragen, diese bedeutende Mitgliederzahl zu bilden: über 900 Congressisten bietet Deutschland, ungefähr 700 England sammt Kolonien, und 700 Oesterreich-Ungarn; fast ebensoviel hat Frankreich gestellt; an die 200 gehören Spanien, Russland, der Schweiz und Nord-Amerika an, und die übrigen kamen von Portugal, Schweden, Norwegen, Australien, Holland, Belgien, Türkei, Rumänien, Serbien, Griechenland, Mexiko, aus den verschiedenen Republiken Südamerikas, aus Japan und sogar von den Inseln Borneo und Fidji. Zwei und dreissig Regierungen und 423 wissenschaftliche Gesellschaften haben ihre Vertreter geschickt; das schöne Geschlecht ist durch mehr wie 1000 Damen der Congressmitglieder aller Länder vertreten.

Prof. **Virchow** hebt als Vorsitzender des letzten Congresses in Berlin in italienischer Rede hervor, dass es die Absicht war, bei Wahl der Stadt Rom zum Sitze des XI. internationalen medicinischen Congresses den alten Traditionen Italiens und seinem modernen Glanze die gebührende Ehre zu zollen. Er drückt den Wunsch aus, dass auch dieser Congress beitragen möge, die Erkennung der Wahrheit, die sittlichen Bestrebungen, die Bande collegialer Brüderlichkeit aller Länder zu fördern und die brüderlichen Bande zwischen den civilisirten Völkern zu stärken.

Hierauf folgte eine endlose Reihe von Begrüssungsreden der Deputirten der verschiedensten Länder: Deutschland war durch den Vorstand des Reichsgesundheitsamtes, **Köhler,** vertreten. Nach Schluss der Reden unterhielten sich die beiden Majestäten noch kurze Zeit mit den verschiedensten Vertretern der einzelnen Länder.

I. Allgemeine Sitzung.

Die Plenarsitzungen des Congresses werden in dem Eldorado-Theater an der Via Nationale abgehalten. Die erste wurde am 30. März, 4 Uhr Nachmittags von dem Präsidenten des Congresses, dem Unterrichtsminister Prof. Dr. Baccelli eröffnet. Den erster Vortrag hielt Prof. **Virchow: Ueber Morgagni und das anatomische Denken.**

Redner gibt eine kurze Darstellung der geschichtlichen Entwickelung des medicinischen Wissens des Alterthums, dann in ausführlicherer Weise behandelnd, wie die Klosterschulen, namentlich die Benedictiner, sich um die medicinischen Wissenschaften annahmen, wie Galens Lehrsätze die Anerkennung der Kirche erlangten und dadurch gleichsam die Bedeutung dogmatischer Sätze gewannen, gegen welche jedweder Zweifel als unberechtigt zu betrachten waren. Aus diesem Grunde wurden auch Sectionen menschlicher Leichen, die an und für sich als etwas höchst unchristliches betrachtet wurden, als gänzlich überflüssig erklärt und im äussersten Maasse erschwert. Doch ruhten die Vertreter der Anatomie auch jener Zeiten nicht, namentlich auf den Universitäten zu Bologna und Padua, bis es endlich gelang, die Erlaubniss zur Section menschlicher Leichen zu erwirken.

Neben den Anatomen sei auch Paracelsus, dessen Werk von seinen Zeitgenossen nicht genügend verstanden wurde, gegen die humoralpathologischen Anschauungen der Galen'schen Lehre aufgetreten, Wesentliche Fortschritte machten nun die anatomischen Kenntnisse durch Harvey's Entdeckung des Blutkreislaufes, obwohl es damals noch nicht gelang, den Uebergang des Blutes aus den Arterien in die Venen zu erklären, bis Malpighi durch Anwendung des Mikroskopes den Capillarkreislauf entdeckte.

Sonderbarer Weise gelangte indess keiner der damaligen Forscher dahin, die Ergebnisse der reinen Anatomie auf die Pathologie auszudehnen. Der Gedanke, dass die Krankheit etwas Allgemeines sei, war so vorherrschend, dass man den localen Veränderungen absolut keine Bedeutung beimass, dass dieselbe höchstens als Ausfluss einer Störung in der Circulation des Blutes und der Säfte — der eigentlichen Krankheitsträger — angesehen wurde.

Eine Aendernng dieser Anschauung wurde nun durch den grossen Anatomen Morgagni, dessen ingenioses Wirken von den bisherigen medicinischen Geschichtsschreibern noch nicht in dem richtigen Maasse gewürdigt wurde, herbeigeführt: er machte die Anatomie zu einer fundamentalen Wissenschaft der praktischen Medicin, durch Morgagni wurde mit dem Dogmaglauben an die alte Schule gänzlich gebrochen und mit ihm beginnt eigentlich die neuere Medicin. Er suchte den Sitz der Krankheit, als einer localen zu ergründen, die erste Frage für den Arzt, Kliniker wie Pathologen müsse sein: wo ist die Krankheit — ubi morbus? Der Gedanke, dass die Krankheit etwas im Körper Allgemeines sei, ist unhaltbar, denn bei keiner Krankheit seien sämmtliche Theile krank, sondern stets gebe es noch gesunde Theile. Die Forderung: den Glauben an die Krankeit als etwas Allgemeines im Körper fallen zu lassen, sei gegenwärtig eine so sehr anerkannte, dass man, wie Virchow sagt, mit Jemanden, der dies nicht begreife, überhaupt über Pathologie nicht mehr reden könne. Wenn es auch zur Zeit oft nicht gelinge, den Sitz einer Krankheit anatomisch nachzuweisen wie z. B. bei manchen Nervenleiden, so sei damit noch keineswegs bewiesen, dass nicht eine locale Erkrankung vorhanden sei. Dieses Localisiren hat sich denn auch bereits in der praktischen Medicin — in der Therapie — eingebürgert und gerade die Localtherapie — namentlich auf chirurgischem Wege — wird in der ausgedehntesten Weise gepflegt. — Die Entwickelung dieser Art des medicinischen Denkens ist nur die Consequenz des Grundgedankens, den Morgagni gelegt hat in seinem Hinweis auf die Sedes morbi. — Morgagni wurde geboren 1682 und starb 89 Jahre alt 1771.

Den zweiten Vortrag hielt Prof. **Bouchard**-Paris: **Ueber das Fieber.**

Er führte ungefähr folgendes aus: Sehr häufig beobachte man, dass Fiebernde, welche in das Spital gebracht werden, an diesem oder dem nächstfolgenden Tage eine Temperatursteigerung zeigen, die öfters 1 Grad erreicht. Auch andere Ursachen können in gleicher Weise wirken. Derartige Temperatursteigerungen sind ganz dem nervösen Einflusse zuzuschreiben: Man kann dieselben vorbeugend oder durch Beeinflussung der Wärmeregulation behandeln.

Die Reflexe schützen uns weit mehr gegen die Kälte als gegen die innere Hitze. — Der innere Temperaturwechsel übt aber im entgegengesetzten Sinne seinen Einfluss aus. Alle

unsere physiologischen Kenntnisse darüber beschränken sich darauf, dass der Organismus besser mit Mitteln ausgestattet ist, um seine Normaltemperatur zu erhalten, als um sie zur Norm zu erhöhen, wenn sie zufällig niedriger geworden wäre.

Ein kräftiger Mensch zeigt gewöhnlich nur schwache Temperaturwechsel, während wir das Entgegengesetzte bei Genesenden finden.

Die Temperatursteigerung scheint eher mit der Intensität der Muskelkraft als mit der Dauer der Anstrengung selbst in Verbindung zu stehen; diese aus zahlreichen Versuchen sich ergebende Thatsache erklärt viele Erscheinungen, so dass man jetzt kein Recht dazu hat, ein eigentliches Muskelfieber zu verneinen. — Wenn einige, die solche Versuche angestellt haben, diese Schlüsse noch nicht annehmen wollen, muss man es dem Umstande zuschreiben, dass sie meine Untersuchungen unter veränderten Verhältnissen wiederholt haben. Ausserdem gibt es ein dyspeptisches Fieber (mit bedeutender Temperaturerhöhung), welches man bei allen denjenigen constatiren kann, bei welchen die Verdauung gestört ist. Dieses Fieber kann man in gewisser Weise demjenigen der Genesenden an die Seite stellen. Aus allen diesen Thatsachen erhellt, dass das geschwächte Nervensystem ausserordentlich empfindlich reagirt gegenüber allen Ursachen, welche Fieber hervorzurufen im Stande sind.

Prof. **Babes**-Bukarest: **Die Stellung des Staates zu den Resultaten der modernen Bakterienforschung.**

Es sei anerkannte Thatsache, dass das Gesundheitswesen trotz seiner unendlichen Wichtigkeit der unentwickeltste Theil der Verwaltung aller europäischen Staaten geblieben ist. Auffallend ist, dass die alten Culturstaaten mehr für die Gesundheit des Menschen gethan, als der moderne Staat zur Zeit thut oder nur zu thun gestattet. Bei den ältesten Culturvölkern wusste man namentlich durch den Einfluss der Religion den sanitären Vorschriften einen gewissen Nachdruck zu verleihen, wobei man keine Scheu trug, direct mit den betreffenden Gesetzen in das Familienleben einzudringen, während zur Zeit die Juristen es für unzulässig erklären, die Freiheit des Individuums über ein gewisses Maass hinaus zu beschränken. In den meisten Staaten bildet das Hinderniss für eine gedeihliche Entwickelung des Sanitätswesens im Sinne des Redners vor Allem der mangelhafte Einfluss, welcher den sachverständigen Aerzten auf die eigentliche Verwaltung eingeräumt ist. Schuld hieran sei, dass die amtlichen Aerzte oft mit Arbeiten der Praxis zu überhäuft, oft auch nicht genügend fachmännisch gebildet seien. Eine bessere Bezahlung der Amtsärzte und die Möglichkeit, die höchsten Stellen im Staate zu erreichen, solle dazu führen, denselben die Ausübung der ärztlichen Praxis untersagen zu können. Ein wesentliches Hinderniss, das einer Förderung der öffentlichen Hygiene ganz besonders im Wege stehe, sei der Kostenpunkt: Alle anderen Ministerien, namentlich das Krieges seien mit unverhältnissmässigen höheren Etats begünstigt; Schuld daran sei auch, wie Redner glaubt, dass das Sanitätswesen zumeist unter dem Ministerium des Innern stehe, das nicht mit genügender Energie seine Forderungen vertrete. Es sei desshalb nothwendig, ein eigenes Gesundheitsministerium zu schaffen unter rein fachmännischer Leitung, das sowie sämmtliche Gesundheitsorgane mit executiver Gewalt ausgerüstet sein sollte. Die Etats für die anderen Ministerien seien zu kürzen, die Armee zum Sanitätsdienste zu erziehen u. s. w. Zu Heranbildung amtlicher Aerzte seien eigene Institute ähnlich dem Reichsgesundheitsamte Deutschlands in seiner früheren Gestaltung zu errichten, Institute für Infectionskrankheiten zu erbauen etc. — Die Bedenken, welche gegen strenge Durchführung von Sanitätsmaassregeln bei Infectionskrankheiten erhoben werden, wie z. B. Quarantaine, seien gänzlich unbegründet, diese seien nur desshalb nicht immer wirksam, weil es an einer energischen Durchführung derselben fehle, auch sei der Einwand nicht gerechtfertigt, dass der gegenwärtige Stand der Wissenschaft noch nicht auf der Höhe stehe, um volle Gewähr für die Richtigkeit der zur Zeit gangbaren Anschauungen zu bieten: die Bakteriologie sei vollberechtigte, vollbegründete Wissenschaft. Bei der vorgeschrittenen Zeit könne Redner die Beweise nicht bezüglich sämmtlicher Infectionskrankheiten erbringen, er behandle desshalb nur kurz die Tuberculose: Es stehe fest, dass dies eine Infectionskrankheit sei, die progressiv sich vermehre und desshalb die strengsten Maassregeln gegen Weiterverbreitung verlange, umsomehr als in absehbarer Zeit ein Heilmittel gegen dieselbe sich nicht wird finden lassen. Die Vorschläge, die Redner macht, sind weitgehendster Art, wie Anzeige jeder Tuberculose, Isolirung sämmtlicher Tuberculosen, Verbot des Verkehrs in tuberculösen Familien etc.; nur so sei dieser Feind der Menschheit auszurotten (?), wenn auch die Tuberculösen auf zwei Generationen hindurch ein gewisses Martyrium durchmachen müssen (!). —

Section für interne Medicin.

(Referent: Dr. F. Lacher.)

I. Sitzung am 30. März 1894.

Vorsitzender: Prof. v. Ziemssen-München und Lépine-Lyon.

Das zu behandelnde Thema war: **Das Blut und seine Erkrankungen.**

Nach einigen begrüssenden Worten von Prof. Cardarelli-Neapel wurde in die Behandlung des Themas:

Ueber Bluterkrankungen

eingetreten.

F. W. Warfvinge-Stockholm eröffnete die Reihe der Vorträge. Er sprach über die **Behandlung der perniciösen Anämie, Leukämie und Pseudoleukämie mit Arsenik.**

W. gab eine Uebersicht über die im Sabbatsbergkrankenhause zu Stockholm während den Jahren 1879/93 behandelten Fälle und beschränkte sich auf solche Fälle von perniciöser Anämie mit ganz ausgesprochenen Symptomen. Er fand, dass bei der einfachen Chlorose der Hämoglobingehalt dem Gehalt an Blutkörperchen nicht entspricht, bei der perniciösen Anämie dagegen höher ist oder auf demselben Niveau steht. Die Fälle wurden erst mit Eisen, dann mit Arsen (3 mal tägl. 4 Tropfen sol. Fowleri) behandelt. Bei 21 Fällen perniciöser Anämie ist in keinem eine günstige Wirkung ausgeblieben, in 10 von diesen ist, soweit bekannt, kein Rückfall, in den übrigen 11 ist ein Recidiv und zwar in 5 Fällen nur 1 mal, in 4 2 mal, in 2 6 mal eingetreten. Von diesen Patienten befinden sich 4 nach dem letzten Recidiv noch ganz wohl, während von den übrigen 7 während des letzten Recidivs gestorben sind, meistens in Folge einer Complication. Ebenso wurden verschiedene Fälle von Leukämie und Pseudoleukämie mit Arsen behandelt, doch mit etwas weniger gutem Erfolg.

Die perniciöse Anämie ist also nicht unheilbar, wir besitzen in dem Arsen ein Specificum ähnlich wie im Mercur bei Syphilis. Botriocephalus oder andere Eingeweidewürmer wurden in keinem Falle gefunden. Häufig wurde eine Cumulativwirkung beobachtet, die mit dem Aussetzen der Therapie nicht sofort aufhörte, sondern noch längere Zeit nachhielt.

Prof. Rummo (Neapel, med.-propädeut. Klinik) hatte Jodarsen in starken Dosen von 0,005 bis 0,025 auf hypodermatischem Wege wiederholt bei Leukämie und Pseudoleukämie angewandt und gute Resultate erzielt. Er erwähnt besonders eines Falles von schwerer Leukämie mit einem Milztumor, der die Hälfte der Bauchhöhle einnahm und bei dem die grosse Spannung der Milzkapsel die heftigsten Schmerzen verursachte. Injectionen von Arsen bewirkten bedeutende Verkleinerung der Milz und Besserung der Blutbeschaffenheit.

Prof. Cardarelli (Neapel, II. med. Klinik) erzielte bei einem schweren Fall von Leukämie mit hohen Dosen von Arsen in Form parenchymatöser Einspritzungen keinerlei Erfolg. Er schickte den Kranken auf das Land, wodurch der Allgemeinzustand wesentlich gebessert wurde. Seiner Ansicht nach erfordern Leukämie und Pseudoleukämie mehr hygienische als therapeutische Maassregeln.

H. Sahli-Bern sprach **über den Einfluss des Blutegelextracts auf die Bildung von Thromben.**

Er erwähnt, dass Haycraft und Dickinson bereits auf die Wirkung des Blutegelextracts hingewiesen. Derselbe wird durch Kochen nicht zerstört, ist nicht giftig, in Alkohol unlöslich, löslich in Wasser, wird durch die Nieren ausgeschieden, der ausgeschiedene Harn hat dieselben Eigenschaften wie der Extract.

Er machte Versuche bei Kaninchen, indem in der Nar-

kose zur Erzeugung eines Thrombus nach Unterbindung des distalen Endes durch eine Pravazcanüle eine Schweinsborste in die Vena jugularis externa eingeführt wurde. Nach 20 Minuten hatte sich bereits ein Thrombus gebildet.

Zur Verhinderung der Gerinnung nun ist am besten das Infus des Blutegelkopfes, ein Blutegelkopf genügt, um 55 ccm Blut vor Gerinnung zu schützen.

Die Dauer der Wirkung ist um so geringer, je besser die Nieren arbeiten. Die Unschädlichkeit des intravenös injicirten Blutegelextractes gestattet, therapeutische Versuche mit demselben bei sich wiederholenden Thromben oder Infarctbildungen beim Menschen anzustellen. Jedoch würden, da das Menschenblut weniger leicht gerinnt als Kaninchenblut, für 130 Pfund Körpergewicht 80—90 Blutegelköpfe nothwendig sein. Es empfiehlt sich desshalb seine Anwendung in Combination mit anderen Mitteln, z. B. Digitalis.

Prof. Bäumler-Freiburg i. Br. frägt, ob Versuche über den Einfluss des Extractes auf den Blutdruck, bezw. auf das Herz angestellt wurden. Er stellt die Frage, weil vielleicht die Anwendung von Nutzen sein könnte bei Fällen von Thrombose im Herzen bei Typhus, Influenza und andern Infectionskrankheiten oder bei Verfettung des Herzmuskels, die durch Embolisirung der Lungenarterien den Tod herbeiführen können.

Sahli antwortet, dass darüber noch keine Versuche angestellt seien, dieselben aber fortgesetzt werden.

A. Murri-Bologna: Ueber die Wirkung der Kälte bei Chlorose.

Es gibt eine eigentliche durch die Kälte bedingte Chlorosis invernalis; aber auch bei den nicht invernalen Fällen wird durch die Kälte ein schädlicher Einfluss ausgeübt und zeigt sich in der Verminderung der rothen Blutkörperchen und des Hämoglobins, welche einige Stunden oder Tage noch nach Einwirkung der Kälte auftreten. Ebenso Vermehrung des Urobilins. Bei gesunden Thieren hat man durch Application von Kälte die stärksten Einwirkungen beobachtet, die sich in Auflösung der rothen Blutkörperchen äussern und durch deren Verminderung, sowie die Zunahme der Galle und Urin ausgeschiedenen Eisens äussern.

Bei Bleichsüchtigen besteht eine Circulationsstörung, die sich in sehr starker Anämie der Haut und einzelner Organe äussert, während das Blut in den Eingeweiden im Ueberfluss ist und dort nur sehr langsam circulirt; diese Thatsachen bewirken die Blutveränderung und die Auflösung der Blutkörperchen. Die herrschende Theorie, welche die Chlorose als Anämie bezeichnet, genügt nicht zur Erklärung einer Menge klinischer Thatsachen. Dieselben finden ihre Erklärung vielmehr durch 3 Elemente: die Blutveränderung, die Function des weiblichen Geschlechtsapparats und das Gefässinnervationssystem. Die Chlorotischen können eine ziemlich normale Blutbeschaffenheit haben und doch nicht gesund sein. Zur wirklichen Heilung ist es nothwendig, dass auch der Geschlechtsapparat und das Innervationssystem der Gefässe in Ordnung sind. Die günstige Wirkung von kalten Douchen, sowie Arsen und Eisen bei Clorose erklärt sich möglicherweise durch ihren Einfluss auf das letztere.

A. Fienga-Neapel bestätigt die Ausführungen des Vorredners und erwähnt 2 Fälle von Chlorosis invernalis (13 und 14 Jahre alt), die mit Eintreten des Sommers von selbst sich besserten.

A. Rovighi-Siena: Ueber die Beziehung der Leukocytose zur Körpertemperatur.

Er berichtet über seine Resultate bei den Experimenten, welche er an Thieren (Kaninchen) und beim gesunden und kranken Menschen (bei Typhus, Pneumonie) durch Anwendung von kalten und warmen Bädern erhalten hat.

Die erstern vermindern in beträchtlichem Maasse die Zahl der weissen Blutkörperchen, während die letzteren sie vermehren. Das untersuchte Blut wurde der Körperperipherie entnommen.

Er glaubt schliessen zu können, dass die quantitativen Veränderungen der Leukocyten im Blute, welche durch künstliche Erkältung oder Erwärmung hervorgebracht werden, in Beziehung stehen mit einer verschiedenen Vertheilung derselben im Blute und in der Circulation, welche selbst wieder verursacht wird durch eine Reflexwirkung auf die Gefässwände und den Einfluss der Temperatur auf die Bewegung der weissen Blutkörperchen und den capillaren Lymphstrom in den Geweben. Weiteren Forschungen bleibt es überlassen, festzustellen, welchen Werth diese Beobachtungen zur Erklärung der Leukocytose haben, die sich bei den Infectionskrankheiten offenbart.

de Dominicis-Neapel: Die Transfusion arteriellen Blutes unmittelbar vom Hunde auf den Menschen.

Er hatte 27 Transfusionen gemacht bei 19 Personen. Bald nach der Transfusion trat Frösteln ein, 5—30 Minuten lang, dann ein Gefühl von Wohlsein, Schlaf. In der ersten Zeit werden Schweissausbrüche beobachtet, die in den nächsten Tagen völlig verschwinden. Bacillen und Coccen im Blut vermindern sich, das Hungergefühl wird herabgesetzt. Im Urin kein Eiweiss, keine Hämoglobinurie, dagegen transitorische Urobilinurie.

Rummo-Neapel frägt, welches die Dosen des transfundirten Blutes sind, um das Eintreten schwerer Symptome zu vermeiden.

de Dominicis gibt dieselben auf 120 ccm an, jedoch waren die erzielten Resultate nicht befriedigend.

Prof. v. Ziemssen-München: Ueber Transfusion.

Seit einer Reihe von Jahren trachtet Z., das Verfahren der Transfusion zu vereinfachen, um es zum Allgemeingut der Aerzte zu machen. Er transfundirt von Arm zu Arm mittels Hohlnadel durch gleichzeitige Aspiration und Einspritzung behufs Vermeidung der Fibrinbildung und der Gefahr des Lufteintrittes in die Venen. Nöthig sind dazu 3 Assistenten. Am 2.—3. Tage nach der Injection kleiner Abfall des Hämoglobingehalts. Hämoglobinurie wurde nicht beobachtet. Bei mangelnder Assistenz empfiehlt er die subcutane Blutinfusion mit Anwendung der Massage, diese ist aber sehr schmerzhaft, und muss desshalb in Narkose gemacht werden. Auch wird häufiger Auftreten fieberhafter Reaction beobachtet, als bei der intravenösen. — Im Anschluss daran berichtet Z. über einen Fall schwerer progressiver Anämie mit allgemeiner Enteroptose, der durch wiederholte Transfusion (7 mal innerhalb 2 Monaten, im ganzen ca. 900 ccm Blut), wenn auch nicht dauernd gebessert, so doch so weit hergestellt wurde, dass eine weite Reise unternommen werden konnte.

Amalfi-Neapel glaubt, dass die Ziemssen'sche Methode die beste ist, und macht unter Mittheilung eines weiteren Falles verschiedene klinische Bemerkungen.

Hasse-Nordhausen empfiehlt die Lammbluttransfusion als weit einfacher und absolut gefahrlos, die Wirkung sei eine weit energischere.

de Luca-Neapel: Beiträge zum Studium des Toluylendiamin-Ikterus und eine Form von experimentellem Ikterus.

Um die Pathogenese des hämatogenen Ikterus zu erklären, hatte er zahlreiche Experimente im chemisch-klinischen Laboratorium des Prof. de Renzi angestellt.

Ikterus entsteht entweder durch Veränderung der physischen Eigenschaften der Galle oder durch ein Hinderniss in der Gallencirculation innerhalb der Leber durch Verstopfung der inter- und intralobulären Gallengänge. Man hat eine vermehrte Dichtigkeit der Galle, welche den Durchgang durch den Ductus choledochus erschwert und verstopft, angenommen. Dadurch wird eine Ausdehnung der Gallengänge und zuletzt eine Resorption der Galle bewirkt. Aus den Experimenten geht hervor, dass die Wirkung des Toloylendiamins sich auf den Zellkörper beschränkt, indem sie zuerst Trübung und Rarefication bis zur völligen Auflösung des Protoplasmas und endlich auch des Zellkerns bewirkt. So bildet sich ein Pigment, welches die grösseren Gallengänge ausfüllt und im Blutkreislauf resorbirt wird, indem es in die Vena centralis, um welche sich der Hauptprocess abspielt, aufgenommen wird.

Die weiteren Versuche wurden bei Hunden gemacht mit Chrysofansäure, am 3. oder 4. Tage trat Ikterus ein, der durch eine Glycerininjection in das Zellgewebe sich sofort sehr erheblich steigerte.

Autor schliesst, dass Ikterus nur dann entsteht, wenn Bedingungen in der Leber vorhanden sind, welche den Gallenabfluss behindern.

Castellino-Pisa: Behandlung der durch schwere Hämolysis bedingten Anämie durch Sublimat.

Er empfiehlt die Anwendung der Sublimattherapie in den

von Prof. Murri erwähnten Fällen, wo chemische Veränderungen des Protoplasmas und verringerte Widerstandsfähigkeit der rothen Blutkörperchen vorhanden ist. Durch sie wird die Lebensfähigkeit und Resistenzkraft der Formelemente des Blutes erhöht, ebenso der Hämoglobingehalt und die Alkalescenz des Blutes; der Urobilin- und Harnsäuregehalt wird herabgesetzt.

Romaro-Padua: **Ueber Blutdichtigkeit in Beziehung zum individuellen morphologischen Typus.**

Es besteht eine gewisse Beziehung zwischen der speciellen morphologischen Constitution des Individuums und seiner Blutdichtigkeit.

Dies ist in besonderem Maasse der Fall bei Individuen mit starker Entwicklung des nervösen Systems, sie steht mehr in Beziehung zum Hämoglobingehalt als zum Gehalt an rothen Blutkörperchen.

Carrieri-Sicilien berichtet über einen seltenen Fall von **Purpura haemorrhagica** im Verlauf eines Gelenkrheumatismus.

Cantù-Pavia spricht über **die gastrischen Functionen bei der Chlorose.**

In einer Reihe von Fällen von Chlorose fand C. eine Atonie und Ektopie des Magens. Die Untersuchungen ergaben das Vorhandensein von Hyperacidität, der Gehalt an HCl wechselt mit dem Wechsel der Gesammtacidität. Bei der Chlorose herrscht ein Symptomcomplex, welcher analog wenn nicht identisch ist mit dem unter dem Namen Hyperchloridie bekannten Zustand. Nur in Fällen von Chlorose von sehr langer Dauer und vorgeschrittenen Fällen kann Hyperchloridie bestehen. Das beinahe constante Vorkommen dieser Hyperchloridie bei der Chlorose lässt sich als Unterscheidungsmerkmal von anderen Anämien verwenden.

Sitzung vom 31. März 1894.

Vorsitzender: De Renzi-Neapel, Carmona y Valle-Mexico und Da Rocha-Portugal.

Reger-Hannover: **Die Weiterverbreitung verschiedener contagiöser Infectionskrankheiten.**

Die in ihrer Fortpflanzung an den Menschen gebundenen pathogenen Mikroorganismen besitzen einen cyklischen Vegetationsprocess in Generationen mit Wechsel des Wirths. Specifische Erkrankungen werden nur durch specifische Krankheitserreger hervorgerufen.

R. unterscheidet 2 Gruppen:

1) Morbilli, Rubeolae, Parotitis epidemica, Varicellen,
2) Diphtherie, Scarlatina, Pneumonie, Erysipel, Conjunctivitis contagiosa, Influenza, Pertussis.

Die ersteren pflanzen sich fast nur in reinen Ketten fort bis zum Erlöschen der Epidemie, letztere zeigen oft Unterbrechungen durch Krankheiten, welche den specifischen Charakter nicht an sich tragen, klinisch mit andern Namen benannt werden und sämmtlich bedingt sind durch die verschiedenen Eiterpilze. Solche sind: Angina, Catarrhe, die Entzündungen der Haut und Schleimhäute, Rheumatismen etc. Sie bilden ununterbrochene Ketten von Krankheiten mit 7—15 tägigen (durchschnittlich 10 d.) Intervallen.

Das Incubationsstadium sowie das der Abschuppung ist nicht ansteckend. Der Ausbruch der Krankheit zeigt die Reife des Mikroorganismus an und mit ihr beginnt die Ansteckungsfähigkeit. Das Ausreifen der Keime zu einer 2., 3., 4. Generation erklärt das Vorkommen von Recidiven, Rückfällen, Complicationen etc.

Eine Gesammtepidemie setzt sich zusammen aus lauter Einzelepidemien, welche jede für sich das typische Bild der Weiterverbreitung der contagiösen Infectionskrankheit erkennen lässt.

Reger erklärt seine Hypothese an einer Reihe von Tabellen.

Mendizabal-Veracruz (Mexico): **Ueber Grippe.**

Er bespricht die an der Hand von vier Influenzaepidemien in Orizaba gemachten klinischen und therapeutischen Erfahrungen, indem er namentlich hervorhebt, dass durch die Grippe sehr häufig eine latente Phthisis manifest gemacht wird und dadurch namentlich in Mexico viele ihr zum Opfer fallen.

Queirolo-Pisa: 1) Eine neue Methode **der Einleitung der Vena porta in die Vena cava inferior** und ihre Folgen.

2) **Ueber die Schutzwirkung der Leber gegen die intestinalen Intoxication.**

Q. berichtet über die Resultate seiner Arbeiten unter Vorweis anatomischer Präparate und Abbildungen. Die Operation wurde an Hunden ausgeführt, dieselben blieben dabei völlig gesund.

Rummo-Neapel glaubt, dass die Verschiedenheit der Resultate, welche Q. bezüglich der toxischen Wirkung der Exsudate und Transudate gefunden hat, mehr scheinbar als wirklich ist. R. hat nachgewiesen, dass die toxische Wirkung derselben im Verhältniss steht zu der Menge des Albumens, welches sie enthalten; ein eiweissarmes Exsudat ist wenig giftig.

Bäumler-Freiburg i. Br.: Die interessanten Experimente Q.'s haben einen weitern Beweis geliefert dafür, dass der thierische Organismus verschiedene Schutzvorrichtungen besitzt, um sich der in den Verdauungscanal gelangten oder in demselben sich bildenden für den Gesammtorganismus giftigen Substanzen zu erwehren. Wir wissen längst, dass die Leber eine weitgehende entgiftende Wirkung hat und Q. hat gezeigt, dass auch den Darmepithelien offenbar eine noch weiter gehende ähnliche Wirkung zukommt, als man bisher angenommen hat. Die am unmittelbarsten wirkende Schutzvorrichtung für im Darmcanal befindliche schädliche Substanzen ist vermehrte Peristaltik. Die Leber hat aber abgesehen von der eben erwähnten noch eine andere schützende Thätigkeit durch Wirkung auf den Darminhalt vermittels ihres Secretes, der Galle. Gewisse Formen der Diarrhoen mit fast gallenlosen Stühlen lassen daran denken, dass durch die Wirkung gewisser in den Darm eingeführter oder in demselben sich bildender Substanzen die Secretion der Galle rasch so verändert wird, dass sie in den Stühlen nicht mehr in der gewöhnlichen Weise erkennbar ist; nur dass die flüssigen Stühle eine ähnliche Beschaffenheit annehmen, wie bei gehindertem Gallenabfluss. Es ist also anzunehmen, dass nicht durch directe Reizung der Darmschleimhaut, sondern durch Vermittlung einer veränderten Gallenabsonderung diese eliminirenden Diarrhoen hervorgerufen werden.

Albertoni-Bologna provocirte hierauf eine ziemlich erregte Discussion, indem er die Experimente Q.'s einer Kritik unterzog.

Bozzolo-Turin: Betrachtung über die **nervösen Symptome bei Meningitis und gewissen Intoxicationen.**

Er bespricht die klinischen Symptome der Meningitis infolge Infection mit Pneumococcus im Gegensatz zur tuberculösen Form.

Es besteht eine grosse Verschiedenheit zwischen beiden Formen, indem bei der pneumococcen Form die Symptome sehr oft während des Lebens ganz fehlen oder wegen ihrer Unbedeutendheit sich der Beachtung entziehen. Im Allgemeinen kann man sagen, dass bei der tuberculösen Form die Symptome inadäquat dem Uebermaass, bei der pneumococcen Form inadäquat dem Mangel an anatomischen Thatsachen sind. Es ist sehr wahrscheinlich, dass diese Thatsachen in Beziehung stehen mit der depressiven Wirkung, welche das pneumonische Virus auf das Centralnervensystem ausübt, im Gegensatz zu der aufregenden Wirkung anderer toxischer Substanzen. Im Gegensatz dazu finden sich Fälle mit tetanischen Symptomen ohne Meningitis während des pneumonischen Processes.

B. unterscheidet folgende 6 Formen von Meningitis: eine fulminante, delirirende, paralytische (mit der Unterabtheilung hemiplegische mit Ictus apoplecticus mit oder ohne Aphasia), tetanische, convulsive und ruhige Form. Von den diagnostischen Criterien sind zwei von grosser Wichtigkeit: die bakterioskopische Untersuchung des Blutes und Punctur des Arachnoidealsackes nach der Methode von Quincke. Wenn letztere positives Resultat liefert, d. h. eitrige Flüssigkeit oder Pneumococcen im Serum oder dessen Culturen, hat sie einen absoluten Werth für die Diagnose.

Mya-Florenz bemerkt, dass diese nervösen Symptome auf einer Intoxication des Centralnervensystems beruhen. Das ist besonders bei der im kindlichen Alter vorkommenden allgemeinen Tuberculose der Fall. Und es können schwer toxische Formen des Nervensystems, Meningitisformen, auftreten, ohne dass eine Localisation des Tuberkelgiftes in den Meningen vorhanden ist.

Rocha-Coimbra (Portugal): Die cerebralen Symptome sind die Producte verschiedener Factoren, einerseits die durch die verschieden wirkenden Bakterien verschiedenartige Intoxication, andrerseits die Localisation der Infection in bestimmten Gehirnwindungen. Die Bacillen, welche sich im Gehirne ansiedeln, erzeugen dort giftige Substanzen und es hängt von dem Sitze des Infectionsheerdes ab, welche

Symptome entstehen, und von der mehr oder minder leichten Ausscheidung des Giftes, ob die Symptome leicht oder schwer sind.

Bozzolo erwidert und macht noch darauf aufmerksam, dass bei diesen Infectionen sehr oft Ansiedlungen der Bakterien an den Herzklappen mit Endocarditis vorkommen, und von da aus die Verschleppung im allgemeinen Blutkreislauf sehr leicht erfolgt.

(Fortsetzung folgt.)

Aus den Pariser medicinischen Gesellschaften.

Académie de Médecine.

Sitzung vom 20. März 1894.

Ueber die gegenwärtige Typhusepidemie.

Dujardin-Beaumetz führt zunächst aus, dass Paris von drei Quellgebieten mit Trinkwasser, jenen der Vanne, der Dhuys und der Avre versorgt werde; 4 der Bezirke (Arondissements) beziehen ihr Wasser aus allen 3 Quellen, von der Avre allein werden vorzüglich 2 Bezirke unterhalten, während alle anderen auf das Wasser der Vanne angewiesen sind. Während nun bis zum 18. Februar die Zahl der Typhusfälle eine mässige, durchschnittlich 11 per Woche, war, erhob sie sich plötzlich in der letzten Februarwoche auf 237. Die Epidemie, welche gleichzeitig in mehreren Bezirken ausbrach, hielt sich bis 9. März auf dieser Höhe und ist seitdem im Abnehmen. Vergleicht man die Statistik der in den einzelnen Bezirken vorgekommenen Fälle mit der Vertheilung des Wassers, so sind diejenigen, welche Vannewasser erhalten, am meisten ergriffen, während die von der Dhuys und Avre versorgten es nur wenig sind. Man war daher im Recht, eine Verseuchung der betreffenden Bezirke durch die Vanne anzunehmen, und noch mehr darin bestärkt durch den Umstand, dass in Sens, einer an der Vanne gelegenen Stadt, eine Typhusepidemie ausgebrochen war.

Bucquoy bringt eine weitere Mittheilung bezüglich der ursprünglichen Verseuchung des Vannewassers, welche den wahrscheinlichen Ursprung der Epidemie noch genauer feststellt und unzweifelhaft macht, dass er in den Quellen der Vanne zu suchen ist.

Valin war in der Lage, sehr genau die Infectionskrankheiten in den Militärspitälern und Casernen der Departements Seine und Seine-et-Oise statistisch festzustellen, und daher besonders im Stande, die gegenwärtige Epidemie zu verfolgen. Nach seinen Schlüssen begann sie nach Art einer Massenvergiftung, nicht wie eine Epidemie, welche allmählich sich ausbreitet und eine gewisse Zeit braucht, um ihren Höhepunkt zu erreichen. Vom 1. Februar bis 15. Februar gab es in der gesammten Garnison von Paris nur 2 Typhusfälle, von da ab bis 25. Februar stieg die Zahl derselben auf 117. Die Epidemie beschränkte sich ausschliesslich auf Paris, die Garnisonen der Umgebung, Vincennes, Courbevoie u. s. w. blieben verschont; Valin führt das darauf zurück, dass in diesen letzteren stets auf sorgfältige Filtration des Trinkwassers gesehen wird, während in Paris dieselbe in Anbetracht der notorischen Reinheit des Wassers nachlässiger betrieben wird. Diejenigen Casernen ferner, aus welchen die Typhusfälle stammen, gebrauchen ausschliesslich Vannewasser und doch hat die bakteriologische Untersuchung desselben die Anwesenheit des Eberth'schen Bacillus nicht ergeben. St.

Deutscher Verein für öffentliche Gesundheitspflege.

XIX. Versammlung zu Magdeburg in den Tagen vom 19. bis 21. September 1894.

Tagesordnung:

Mittwoch den 19. September: Hygienische Beurtheilung von Trink- und Nutzwasser. Referent: Geh. Medicinalrath Professor Dr. Flügge-Breslau. — Beseitigung des Kehrichts und anderer städtischer Abfälle, besonders durch Verbrennung. Referenten: Oberingenieur F. Andr. Meyer-Hamburg, Medicinalrath Dr. J. J. Reincke-Hamburg.

Donnerstag den 20. September: Die Nothwendigkeit einer extensiveren städtischen Bebauung und die rechtlichen und technischen Mittel zu ihrer Ausführung. Referenten: Oberbürgermeister Adickes-Frankfurt a. M., Geh. Baurath Hinckeldeyn-Berlin, Baupolizeiinspector Classen-Hamburg. Technische Einrichtungen für Wasserversorgung und Canalisation in Wohnhäusern. Referent: Ingenieur H. Alfred Roechling-Leicester.

Freitag den 21. September: Die Maassregeln zur Bekämpfung der Cholera. Referenten: Geheimrath Dr. v. Kerschensteiner-München, Prof. Dr. Gaffky-Giessen.

Deutsche Dermatologische Gesellschaft.

Zu dem vom 14.—16. Mai ds. Js. in Breslau stattfindenden IV. Congress der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft sind bisher folgende Referate, Vorträge und Demonstrationen angemeldet:

Hauptthemata: 1) Die modernen Systematisirungsversuche in der Dermatologie. Referent: Kaposi-Wien. Discussion: Schwimmer-Pest.

2) Der augenblickliche Stand der Dermatomykosenlehre. Referent: Pick-Prag. Demonstration von Culturen: Winternitz, Kroesing.

Ferner sind angemeldet: Vorträge und Demonstrationen über Gonorrhoe, Endoskopie etc. von Grünfeld, Jacobi, Jadassohn, Koch, Kollmann, Löwenhardt, Lohnstein, A. Neisser, Putzler, Schäffer, Steinschneider etc.

Dermatologische Vorträge: Caspary: Erythema exsudativum, Doutrelepont: Zur Hauttuberculose, Friedheim: Einwirkung von Säuren auf die Haut, van Hoorn: Thema vorbehalten, Joseph: Ungewöhnliche Ichthyosisformen, Lasch: Urticaria factitia, Ledermann: Resorbin, Lesser: Herpes Zoster, Mracek: Aetiologie der toxischen Erytheme, Neuberger: Lichen ruber, Riehl: Hauttuberculose, Rosenthal: Blasenbildende Affection der Mundschleimhaut, Saalfeld: Phaneroskopie und Glasdruck, Schwimmer: Hysterische Hautgangrän, v. Sehlen: Ekzem und Schleimhauterkrankung, Staub: Erythromelalgie, Therapie der Hautactinomykose, Winternitz: Allgemeinwirkung hautreizender Stoffe.

Syphilidologische Vorträge und Demonstrationen: Block: Bubonenbehandlung; Lues und Tuberculose (Hochsinger, Jadassohn, A. Neisser); Marschalko: Spätlues, J. Neumann: Syphilis der Speicheldrüsen.

Dermatologische Vorträge mit Demonstrationen: Arning: Visc. Lepra, Dreysel und Oppler: Eleidin, Ehrmann: Lymphgefässe der männlichen Genitalien, Fabry: Urticaria pigmentosa, Galewski: Lepröse Trophoneurose, Halle: Hautmodelle, Krösing: Zur Lupusbehandlung, Mikulicz: Angiombehandlung, Münchheimer: Herpes zoster, A. Neisser: Molluscum contagiosum, Ruffer: Carcinom-Psorospermien, Touton: Molluscum contagiosum.

Krankendemonstrationen von Chotzen, Jadassohn, A. Neisser.

Verschiedenes.

Therapeutische Notizen.

(Lactophenin bei Typhus.) Bei der in Prag zur Zeit herrschenden Typhusepidemie hat v. Jaksch Versuche mit Lactophenin angestellt. Das Lactophenin ist ein Phenetidin, in welchem die Essigsäure durch Milchsäure ersetzt ist. Es wurde in Dosen von 0,5—1,0 in Amylumkapseln und bis zu 6,0 pro die gegeben. Die Wirkung ist einerseits eine antifebrile, und zwar tritt der Temperaturabfall ohne schädliche Nebenwirkungen allmählich und ohne Schüttelfrost ein und hält Stunden lang an; ausserdem wirkt es beruhigend, macht die Delirien schwinden und bringt Euphorie und Hungergefühl hervor. Das Mittel wurde bis jetzt in 18 Fällen mit überraschend günstigem Erfolge gegeben. (Wiener med. Presse 1893, No. 13.)

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 3. April. Geheimrath Professor Dr. v. Pettenkofer wurde von der Warschauer Militär-Sanitätsgesellschaft zum Ehrenmitglied erwählt.

— Mit der 66. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte, welche Ende September 1894 in Wien stattfindet, wird eine Ausstellung von Gegenständen aus allen Gebieten der Naturwissenschaft und Medicin verbunden sein, zu deren Beschickung ein Comité unter dem Vorsitze von Hofrath Dr. Carl Brunner v. Wattenwyl (als Obmann) und Dr. Maximilian Sternberg (als Schriftführer) einladet. Anmeldungen sind bis 20. Juni an das „Ausstellungscomité der Naturforscherversammlung (Wien, I. Universität)“ zu richten, von welchem die Anmeldungsscheine, Ausstellungsbestimmungen und alle Auskünfte zu erhalten sind.

— Bei der Neuordnung des medicinischen Studiums, welche jetzt vorbereitet wird, geht man in Preussen damit um, noch die medicinische Doctorprüfung mitzureformiren. Die Prüfung soll schwerer gemacht werden als jetzt, und soweit nur möglich, die Bestimmungen an den einzelnen Universitäten einander gleich gemacht werden. Es wäre dringend wünschenswerth, wenn auf allen deutschen Universitäten annähernd conforme Bestimmungen zur Erlangung der Doctorwürde geschaffen würden, damit der Fall nicht mehr vorkomme, dass der auf einer deutschen Universität rite erworbene Doctortitel bei Bewerbung um Zulassung zur Physikatsprüfung in einem anderen Bundesstaate als ungenügend erklärt werde, so dass der Candidat gezwungen wird, auf einer anderen Universität nochmals zu promoviren.

— Von der württembergischen Staatsregierung ist in Stuttgart ein „Laboratorium Pasteur“ begründet worden. Die Aufgabe desselben ist die Herstellung der Pasteur'schen Schutzlymphen gegen Milzbrand der Thiere und Rothlauf. Die Aufsicht über die Anstalt führt die thierärztliche Abtheilung des württembergischen Medicinal-Collegiums.

— Die hanseatische Versicherungsanstalt in Lübeck hat beschlossen, aus den Mitteln, die für die Alters- und Invaliditätsversicherung aufgebracht werden, einen überschüssigen Theil zu gemeinnützigen Zwecken im Interesse der Versicherten zu verwenden und zwar eine Heilanstalt für Lungenkranke zu errichten. Die Heilanstalt, welche im Harz errichtet werden soll, soll im Stande

sein, jährlich 100 Kranke aufzunehmen. Mit der Durchführung dieses Projectes wäre ein Schritt von grundlegender Bedeutung für das öffentliche Sanitätswesen geschehen, und wenn, was hoffentlich nicht ausbleiben wird, das Beispiel Lübecks auch anderorts Nachahmung findet, so wäre damit eine Lösung der dringlichen Frage der Volkssanatorien für Lungenkranke in absehbarer Zeit gegeben. V. Z.

— Der vormalige Generalarzt des XIV. Armeecorps Dr. Bernhard v. Beck feierte zu Karlsruhe sein 50jähriges Doctorjubiläum. — Das gleiche Fest begeht in Breslau der Geheime Sanitätsrath Dr. Moritz Neisser, Badearzt zu Charlottenbrunn.

— Von deutschen Städten über 40,000 Einwohner hatten in der 11. Jahreswoche, vom 11.—17. März 1894, die grösste Sterblichkeit Würzburg mit 33,4, die geringste Sterblichkeit Duisburg mit 10,8 Todesfällen pro Jahr und 1000 Einwohner. Mehr als ein Zehntel aller Gestorbenen starb an Diphtherie und Croup in Aachen, Barmen, Bochum, Bonn, Bremen, Duisburg, Frankfurt a. M., Frankfurt a. O., Gera, München-Gladbach, Kaiserslautern, Lübeck, Magdeburg, Potsdam, Remscheid, Rostock; an Masern in Plauen i. V. und Potsdam; an Scharlach in Bromberg.

(Universitäts-Nachrichten.) **Berlin.** Auf dem alten Charité-Kirchhofe soll, wie die „Köln. Ztg." hört, eine neue grosse Klinik für innere Krankheiten errichtet und demnächst der Umbau der neuen Charité in Angriff genommen werden. Die Entwürfe für diese Neubauten sollen soweit gediehen sein, dass die Einstellung der ersten Forderungen in den Staatshaushalt für 1895/96 in sichere Aussicht genommen werden kann. — **Greifswald.** Der Privatdocent Dr. Emil Ballowitz ist zum ausserordentlichen Professor in der medicinischen Facultät der dortigen Universität ernannt worden. — **München.** Privatdocent Dr. Ludwig Pfeiffer wurde als Professor der Hygiene nach Rostock berufen. — **Rostock.** Privatdocent Dr. Lubarsch wurde zum ausserordentlichen Honorarprofessor für pathologische Anatomie ernannt.

Wien. Der Leiter der zweiten chirurgischen (Billroth'schen) Klinik, Docent Dr. Victor Ritter v. Hacker wurde auf einstimmigen Vorschlag des Professoren-Collegiums zum Professor der Chirurgie ernannt. Dr. v. Hacker supplirt zur Zeit die Stelle Billroth's und hält die Vorlesungen und leitet die Klinik.

(Todesfälle.) In Freiburg i. Br. starb der älteste Privatdocent Deutschlands, Dr. Fritschi, im Alter von 82 Jahren. Er gehörte 50 Jahre dem Lehrkörper der Freiburger Universität an und übte noch bis vor Kurzem seine Lehrthätigkeit aus.

In Wien starb Dr. Albert Illich, Operateur an der Klinik von Professor Schanta und früher an der Klinik von Professor Albert, im Alter von erst 30 Jahren; Illich's Name ist bekannt durch eine Monographie über Aktinomykose.

In New-York starb Dr. Bernhard Segnitz, einer der bekanntesten deutschen Aerzte in den Vereinigten Staaten, im 85. Lebensjahre am Schlage. Nachdem er in Würzburg, Heidelberg und Marburg seine medicinischen Studien absolvirt, war er Hausarzt des Barons Meyer Karl v. Rothschild und des Fürsten Ysenburg-Birstein, bis ihn 1848 seine Betheiligung an den politischen Unruhen zur Flucht nach Amerika zwang.

Personalnachrichten.

Bayern.

Niederlassungen. Dr. Max Perles, appr. 1890, und Dr. Gustav Hülsemann, appr. 1893, in München; Dr. Emil Gienanth zu Edenkoben; Dr. Rich. Hertel zu Ilbesheim; Dr. Schwager zu Kaiserslautern.

Verzogen. Dr. Otto Schallmayer, appr. 1889, von München nach Düsseldorf.

Morbiditätsstatistik d. Infectionskrankheiten für München

in der 12. Jahreswoche vom 18. bis 24. März 1894.

Betheil. Aerzte 375. — Brechdurchfall 13 (9*), Diphtherie, Croup 31 (46), Erysipelas 21 (20), Intermittens, Neuralgia interm. 1 (3), Kindbettfieber — (3), Meningitis cerebrospin. — (—), Morbilli 14 (11), Ophthalmo-Blennorhoea neonatorum 7 (7), Parotitis epidemica 12 (15), Pneumonia crouposa 25 (36), Pyaemie, Septicaemie — (—), Rheumatismus art. ac. 42 (36), Ruhr (dysenteria) — (—), Scarlatina 11 (11), Tussis convulsiva 5 (14), Typhus abdominalis — (—), Varicellen 21 (22), Variolois — (—). Summa 203 (233). Medicinalrath Dr. Aub.

Uebersicht der Sterbfälle in München

während der 12. Jahreswoche vom 18. bis 24. März 1894.

Bevölkerungszahl 380,000.

Todesursachen: Pocken — (—*), Masern — (—), Scharlach — (2), Rothlauf — (—), Diphtherie und Croup 3 (5), Keuchhusten — (1), Unterleibstyphus — (1), Brechdurchfall 3 (—), Ruhr — (—), Kindbettfieber — (—), Croupöse Lungenentzündung 4 (2), Genickkrampf — (—), Blutvergiftung — (—), Acut. Gelenkrheumatismus 1 (—), andere übertragbare Krankheiten — (6).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 181 (176), der Tagesdurchschnitt 25,8 (25,2). Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im Allgemeinen 24,1 (23,5), für die über dem 1. Lebensjahre stehende Bevölkerung 15,4 (15,0), für die über dem 5. Lebensjahre stehende 13,8 (12,7).

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Fälle der Vorwoche.

Morbiditätsstatistik der Infectionskrankheiten in Bayern: Januar [1]) und Februar 1894.

Regierungsbezirke bezw. Städte über 30000 Einwohner	Brechdurchfall		Diphtherie, Croup		Erysipelas		Intermittens, Neuralgia int.		Kindbettfieber		Meningitis cerebrospin.		Morbilli		Ophthalmo-Blennorrh. neonator.		Parotitis epidemica		Pneumonia crouposa		Pyaemie, Septicaemie		Rheumatismus art. ac.		Ruhr (dysenteria)		Scarlatina		Tussis convulsiva		Typhus abdominalis		Varicellen		Variola, Variolois		Zahl der Aerzte überhaupt	Zahl der betheilig. Aerzte
	Jan.	Feb.	Jan.	Feb.	J.	F.	J.	F.	J.	F.	J.	F.	Jan.	Feb.	J.	F.	J.	F.	Jan.	Feb.	J.	F.	Jan.	Feb.	J.	F.	Jan.	Feb.	Jan.	Feb.	J.	F.	Jan.	Feb.	J.	F.		Feb.
Oberbayern	176	112	374	360	146	130	46	48	22	9	6	2	1181	634	40	30	86	146	407	375	9	7	336	266	4	—	109	80	184	214	15	10	82	116	—	—	684	482
Niederbay.	64	50	110	83	42	53	27	25	22	10	—	1	497	206	7	6	7	17	255	181	3	9	116	76	—	1	35	15	20	11	9	5	6	7	—	—	163	96
Pfalz	28	22	270	303	63	58	13	18	9	7	3	3	49	54	5	1	17	49	304	260	2	2	110	97	—	—	68	66	76	36	50	17	20	20	—	—	233	111
Oberpfalz	17	12	54	59	36	32	13	8	9	5	1	2	280	635	2	1	4	2	155	140	4	—	72	67	—	—	13	11	15	15	5	16	4	9	—	—	120	72
Oberfrank.	29	32	127	113	68	41	12	13	5	4	3	8	131	198	1	1	8	4	277	196	3	2	79	71	—	—	156	57	46	47	3	1	15	8	—	—	171	106
Mittelfrk.	19	32	244	188	80	74	28	23	12	7	5	5	69	217	3	1	13	11	295	262	1	2	161	164	—	—	133	107	140	161	8	12	76	123	—	—	283	186
Unterfrank.	30	12	268	275	48	52	5	3	2	8	—	8	47	64	1	—	15	39	188	174	4	1	65	68	—	—	15	16	53	44	27	15	13	19	—	—	267	117
Schwaben	66	36	351	265	79	75	12	23	14	8	4	2	39	89	8	12	23	20	333	294	3	8	155	159	—	—	67	72	70	57	22	26	27	19	—	—	264	195
Summe	429	308	1798	1646	562	515	156	161	95	58	22	31	2293	2097	67	52	173	288	2214	1882	29	31	1094	968	4	1	596	424	604	585	139	102	243	321	—	—	2185	1365 [2])
Augsburg	12	1	50	39	22	18	4	5	—	1	1	1	4	1	4	7	2	2	37	38	—	1	42	42	—	—	46	31	35	13	2	1	16	12	—	—	60	58
Bamberg	4	—	8	21	5	9	2	4	—	1	—	—	1	1	—	1	3	2	12	10	—	1	16	7	—	—	1	4	3	1	—	—	4	—	—	—	34	15
Fürth	2	1	9	9	7	1	—	—	1	1	—	—	1	1	—	—	3	6	16	14	—	—	17	12	—	—	10	11	7	18	—	—	10	2	—	—	23	8
Kaiserslaut.	1	—	9	18	3	2	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	3	1	2	—	—	1	9	—	—	3	1	—	—	3	1	—	2	—	—	16	6
Ludwigshaf.	3	3	11	7	6	4	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	3	3	14	10	—	—	6	8	—	—	13	5	12	1	2	—	2	—	—	—	14	7
München [3])	50	30	186	166	80	65	9	13	8	5	2	—	597	149	29	22	66	74	145	114	2	2	199	162	—	—	83	60	52	44	5	2	76	64	—	—	405	375
Nürnberg	6	15	94	88	32	35	4	11	2	1	1	—	29	68	—	—	1	—	34	59	—	—	58	73	—	—	60	61	90	70	1	4	53	99	—	—	93	90
Regensbg.	2	4	12	14	14	5	5	4	1	—	—	—	190	504	2	1	—	1	6	19	1	—	20	16	—	—	3	1	1	2	—	—	3	1	—	—	31	26
Würzburg	17	5	43	29	12	10	2	1	—	2	—	6	2	4	—	—	11	12	23	11	1	—	14	13	—	—	4	1	23	14	7	6	8	5	—	—	70	25

Bevölkerungsziffern: Oberbayern 1,003,160. Niederbayern 664,798. Pfalz 728,339. Oberpfalz 537,954. Oberfranken 573,320. Mittelfranken 700,606. Unterfranken 618,489. Schwaben 668,316. — Augsburg 75,629. Bamberg 35,815. Fürth 43,206. Kaiserslautern 37,047. Ludwigshafen 33,216. München 349,024. Nürnberg 142,590. Regensburg (mit Stadtamhof) 41,616. Würzburg 61,039.

[1]) Einschliesslich einiger seit der letzten Veröffentlichung (Nr. 10) eingelaufener Nachträge. [2]) Im Monat Januar einschliesslich der Nachträge 1404. [3]) 1.—5. bezw. 6.—9. Jahreswoche. — Einsendungen fehlen aus den Aemtern Pfaffenhofen, Rosenheim, Kötzting, Straubing, Neunburg v./W., Roding, Stadtamhof, Teuschnitz, Neustadt a./A., Gerolzhofen, Illertissen, Krumbach, Nördlingen.

Höhere Erkrankungszahlen (ausser von obigen Städten) werden gemeldet aus folgenden Aemtern bezw. Orten: Diphtherie, Croup: Epidemisches Auftreten in den Städten: Freising 52 Fälle und Pirmasens 61 Fälle, ferner in Kleinheubach (B.-A. Miltenberg) 41, sowie in den Gemeinden Eschau, Mönchberg und Rück (Obernburg) 49, B.-A. Memmingen 81 Fälle. — Intermittens, Neuralg. int.: ärztl. Bez. Penzberg (Weilheim) 17 Fälle. — Morbilli: Epidemisches Auftreten im B.-A. Hof, 188 Fälle in Behandlung (hierunter 59 in der Stadt Hof), ärztl. Bez. Seefeld (München II) 120, Dachau und Umgebung 116, ärztl. Bez. Greifenberg (Landsberg), Bez.-A. Miesbach 87 (hievon 47 im ärztl. Bez. Miesbach, 40 in Hausham), Bez.-A. Erlangen 93, Neu-Ulm und Bubenhausen 69, Bez.-A. Passau 50, Mallersdorf 48, ärztl. Bez. Tirschenreuth 48. Zu erwähnen sind hier auch 95 aus der Stadt Nürnberg angezeigte Fälle von Rubeola. — Parotitis epidemica: Epidemisch im Schulbezirk Traubing (München II) 64 Fälle, ferner in der Stadt Aschaffenburg 23 Fälle. — Pneumonia crouposa: Bez.-A. München II 48. — Tussis convulsiva: ärztl. Bez. Miesbach 92 Fälle. — Typhus abdominalis: Stadt Landsberg 5, ärztl. Bez. Beilngries 6, Gemeinde St. Lorenz (Kempten) 7 Fälle. — Varicellen: ärztl. Bez. Penzberg (Weilheim) 40 Fälle.

Influenza-Fälle werden in grösserer Zahl nur mehr aus der Stadt Augsburg — 85 — gemeldet.

☛ Portofreie Postkartenformulare für vorliegende Statistik sind durch die zuständigen Herren k. Bezirksärzte zu erhalten.
Im Interesse der vorliegenden Statistik wird um rechtzeitige und regelmässige Einsendung dringendst ersucht.

Verlag von J. F. Lehmann in München. — Druck der Akademischen Buchdruckerei von F. Straub in München.